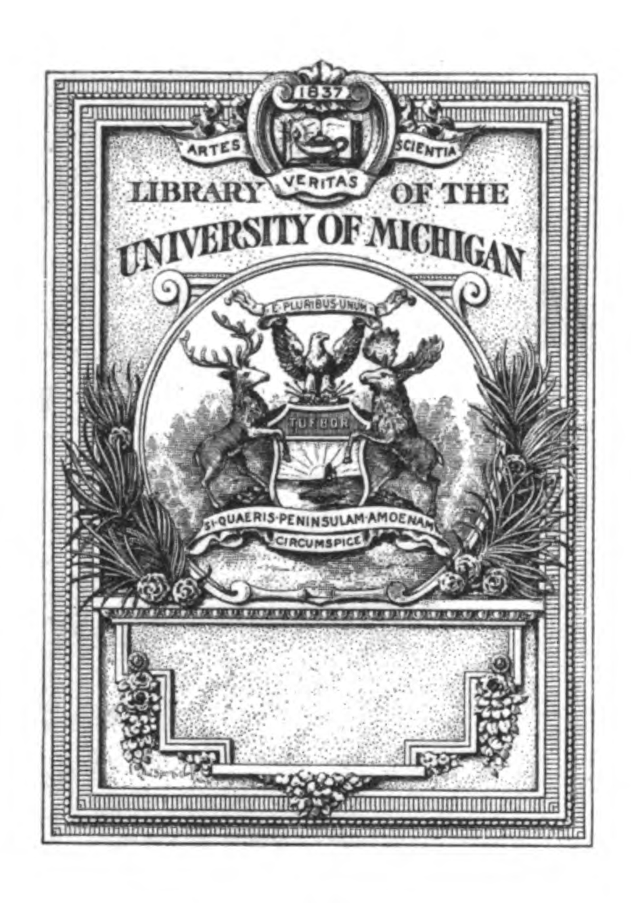







1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

Begründet von **H. Auspitz** und **F. J. Pick.**

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL Dr. ANDERSON, ARNING, Prof. BEHREND, Dr. BESNIER, Prof. BERGH, Prof. BOECK, Prof. DUHRING, Prof. v. DÜRING, Dr. EHRMANN, Dr. ELSENBERG, Prof. EPSTEIN, Dr. FABRY, Prof. FINGER, Dr. J. GRÜNFELD, Prof. HASLUND, Prof. v. HEBRA, Prof. HALLOPEAU, Dr. C. HERXHEIMER, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Prof. JADASSOHN, Prof. JANOVSKY, Prof. JARISCH, Dr. JOSEPH, Prof. KÖBNER, Dr. KOPP, Prof. LANG, Dr. LEDERMANN, Prof. LUKASIEWICZ, Dr. LUSTGARTEN, Dr. du MESNIL, Prof. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, Prof. PETERSEN, Prof. POSPELOW, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Prof. RIEHL, Dr. RÓNA, Dr. O. ROSENTHAL, Dr. SCHIFF, Dr. SCHÜTZ, Dr. SCHUSTER, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. ULLMANN, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WELANDER, Dr. WINTERNITZ, Prof. WOLFF, Dr. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, Königsberg, **Prof. Doutrelepont**, Bonn, **Prof. Kaposi**, Wien, **Prof. Lesser**, Berlin, **Prof. Neisser**, Breslau, **Prof. Schwimmer**, Budapest

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

Vierzigster Band.



Mit sechs Tafeln.

Wien und **Leipzig.**

Wilhelm Braumüller,

k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

1897.

K. u. k. Hofbuchdruckerei A. Haase, Prag.



Inhalt.

Original-Abhandlungen.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Register für die Bände XXXVI—XL.



Originalabhandlungen.



Aus der Abtheilung für Hautkrankheiten des Herrn Prof. Mraček im k. k. Rudolfsspital in Wien.

Ein Fall von Xanthoma tuberosum diabeticum.

Von

Dr. **G. Toepfer.**

(Hierzu Taf. I u. II.)

Seit der ersten Beschreibung der „Plaques jaunâtres des paupiéres" durch Rayer[1]) ist eine Sichtung des seither zur Beobachtung gelangten hierhergehörigen Materiales sowohl nach der morphologischen als nach der ätiologischen Seite wiederholt versucht worden. Addison und Gull[2]) unterscheiden zuerst eine Vitiligoidea plana und tuberosa, Erasmus Wilson[3]) führt die Bezeichnung Xanthelasma, Smith[4]) die heute allgemein gebräuchliche Xanthoma ein.

Die Zweitheilung nach den morphologischen Charakteren wird nicht allgemein acceptirt.

Besnier und Doyon[5]) setzen an deren Stelle die folgende Classification:

1. Xanthome plan ou en plaques. 2. Xanthome élévé, papuleux, papulo-tuberculeux, tuberculeux. 3. Xanthome en tumeurs.

Die histologische Forschung hat Versuche gezeitigt, die klinisch unterscheidbaren Xanthomformen nach ihren mikroskopischen Charakteren zu vereinigen oder zu sondern.

[1]) P. Rayer. Atlas du Traité des maladies de la peau. 1835.

[2]) On cert. alt. of the skin, Vitiligoidea etc. Guy's Hosp. Rep. 1851.

[3]) E. Wilson. On skin diseases. 1863 p. 618.

[4]) Journ. of cut. Med. 1869. III. p. 241.

[5]) Path. et traitement des maladies de la peau par Kaposi. Traduit par Besnier et Doyon. 1880. T. II. p. 215.



Touton beschreibt die Xanthomzelle als eine Zelle mit scharfer Membran, feinkörnigem oder fädig-körnigem Inhalte und grossem, rundlichem oder ovalem Kerne. Diese einzelnen Bestandtheile sind verdeckt durch dicht gedrängte Fetttropfen.

Köbner erbringt für einen Fall von X. multiplex, entwickelt aus Naevis vasculo-pigmentosis den Beweis der Entstehung des Xanthoms aus congenitalen, aus der embryonalen Zeit an den verschiedensten Stellen der Haut und anderer Organe persistirenden Bindegewebszellen (Plasmazellen Waldeyer's, Fettbildungszellen von Toldt).

Besnier-Doyon treten für die Identität aller Xanthomformen ein, Török fordert die Abtrennung des X. diabeticorum von den übrigen auf Grund histologischer Differenzen.

„Dans le X. des glycosuriques nous voyons cliniquement et histologiquement un procès irritatif aboutissant à de la dégénération."

In Berücksichtigung der vermutheten ätiologischen Momente ist eine Trennung der Xanthome der jugendlichen Individuen (juvénile, développé avant la puberté) von dem X. der Erwachsenen versucht worden (Xanthome des adultes);[1]) charakteristisch für die grosse Mehrzahl der letzteren wäre die Betheiligung von Seiten der Leber. Eine dritte selbständige Gruppe sollte das Xanthom der Diabetiker bilden.

Fälle von Xanthom mit coincidenter Glycosurie sind von Addison und Gull, Bristowe, Hillairet, Malcolm Morris, Hardaway, Thomas Barlow, Cavafy, Colcott Fox, Besnier, Robinson, Bulkley, Sherwell, Hutchinson u. A. beschrieben worden.

Der von mir beobachtete Fall gehört in diese letztere Gruppe und betraf einen 42 Jahre alten Ingenieur R. P.

Vater des Patienten starb im Jahre 1893 an einer Leberaffection, die Mutter lebt und ist gesund. Patient ist der älteste von acht angeblich gesunden Geschwistern, will selbst immer gesund gewesen sein. Seit etwa 10 Jahren bemerkt er das Auftreten kleiner Tumoren, zunächst an den Streckseiten der oberen Extremitäten. Dieselben veranlassten nur geringe subjective Symptome, besonders Druck auf dieselben, beispielsweise ein Aufstützen

[1]) Report of xanth. mult. brought before the Path. Loc., by S. Hartius and St. Mackenzie. Trans. of the Path. Soc. 1882. 33 p. 376.



auf die Ellbogen, löste Schmerz aus. Im Ablauf der Jahre traten ähnliche Geschwülste am Nacken, an den Gesässbacken, an den unteren Extremitäten, auch hier vorzüglich an deren Streckseiten, auf.

Im Jahre 1893 befragte Patient, nunmehr beunruhigt, einen Arzt, der keinerlei eingreifende Behandlung anrieth. Der Zustand ist seither ziemlich stationär geblieben. Ab und zu sollen sich einzelne Geschwülstchen unter Zurücklassung narbiger Depressionen und Pigmentirung spontan involvirt haben.

Im April 1896 consultirte Patient Herrn Prof. Mraček; zu dieser Zeit konnte folgender Status erhoben werden.

Mittelgrosser, kräftig gebauter Mann mit reichlichem Panniculus adiposus. Gesichtsfarbe blass, die sichtbaren Schleimhäute blassroth. Urano-coloboma.

Die inneren Organe durchwegs normal.

Die Haut an den noch näher zu beschreibenden Stellen mit Geschwülsten besetzt, die halbkugelig über das Hautniveau prominiren, in der Grösse zwischen Linsen- und Haselnussgrösse variiren, theils glatt, theils eigenthümlich brombeerartig gefeldert erscheinen; die Peripherie hellroth gefärbt, gegen das Centrum der Tumoren geht der Farbenton in ein deutliches Fettgelb über. Zwischen den dichtgedrängt stehenden, zum Theil confluirenden Geschwülstchen sind linsengrosse narbige Depressionen mit einem peripheren, unregelmässig begrenzten Pigmenthofe vereinzelt erkennbar.

Solche Tumoren sitzen an der Nackenhaargrenze etwa 20—25 an Zahl, die Streckseiten der oberen Extremitäten sind dicht besetzt mit denselben, Beugeseiten frei, die grössten und zahlreichsten sitzen hier an den Ellbogengelenken, ein haselnussgrosser Tumor an dem Metacarpophalangealgelenke des l. Zeigefingers. Brust und Rücken frei. Zahlreiche Knötchen an den Nates, hier etwas flacher, die narbigen Depressionen etwas reichlicher.

Die Streckseiten der unteren Extremitäten, hier namentlich die Gegend über den Kniegelenken mit zahlreichen Geschwülstchen besetzt, vereinzelte grössere am äusseren Fussrande, über den Tarsalgelenken; je ein kirschgrosser, abgeplatteter Tumor über dem Fersenhöcker.

Harnmenge in 24 Stunden: 1260, spec. Gew. 1031, Farbe weingelb klar, Reaction sauer. Eiweiss ca. 0·067%, Zucker 5%. Aceton, Acetessigsäure negativ. Im Sedimente spärliche Leukocyten, einzelne Blasenepithelien, keine renalen Elemente.

Mässig reichlich Krystalle von oxalsaurem Kalk, wenige Harnsäurekrystalle. Klinisch keine diabetischen Symptome, weder Polidipsie, noch Bulimie, Polyurie etc.

Diagnose: Xanth. tuberosum multiplex diabeticum.

Die um diese Zeit ausgeführte quantitative Harnuntersuchung (im Laboratorium des Herrn Dr. E. Freund, Wien, Rudolfspital) ergab folgenden Befund:

Harnmenge 1800. Sp. Gew. 1·024, Harn trübe, bernsteingelb, sauer.



G N	12	Gr.	Aeth. SO_3	0·27
H N	10·2	„	Ges. SO_3	2·35
Harns. N.	0·12	„	Sulf. SO_3	2·—
Ges. Allox. N	0·19	„	Ges. P_2O_5	1·7
Alloxbas N	0·07	„	P_2O_5 Alk.	1·4
Am. N	0·3	„	P_2O_5 Erden	0·3
Nucleoalb.	norm.		Chlor	12·6
Indoxyl, Skatoxyl	reichlich		Zerner's Coefficient 1:0·6 übersättigt	

Zucker 5‰, Album. positiv.

Sediment: Harnsäure, oxals. Kalk, spärliche Leukocyten.

Der Harnbefund mit seinen normalen Zahlen für Kalk und Phosphorsäure, Harnstoff und Harnsäure, entsprach nicht jenem Bild, welches man bei einem Diabetes melittus von so hohem Zuckergehalt für gewöhnlich finden wird. Andererseits war, trotzdem die Harnsäure nicht vermehrt war, das Lösungsvermögen für diese wesentlich vermindert, ein Verhältniss, wie es ähnlich in den Fällen der sogenannten uratischen Diathese vorkommt. Mit Rücksicht darauf wurde bei dem Pat. weniger auf eine antidiabetische als mehr auf eine sozusagen antiuratische Behandlung Gewicht gelegt u. z. durch theilweise Restriction der Eiweisskost und gleichzeitige reichliche Einführung von Pflanzenkost.

Patient unterzog sich nun auf Anrathen Prof. Mraček's einer Cur in Karlsbad und zwar in der Zeit vom 1. August bis 15. September 1896.

Während dieser Behandlung war bei Beibehaltung obigen Regimes eine auffallend schnelle Involution der Xanthomknoten zu constatiren, an deren Stelle die mehrfach erwähnten Narben mit dem breiten Pigmenthofe zurückblieben.

Nach der Rückkehr des Kranken von Karlsbad konnte folgender Status erhoben werden:

Der grösste Theil der bestandenen Geschwülste war zum Theil geschwunden, zum Theil erheblich verkleinert. An beiden Ellbogengelenken noch etwa erbsengrosse Knoten, ein kirschgrosser Knoten über dem Metacarpophalangealgelenk des linken Zeigefingers. Ein ähnlicher Befund über den Kniegelenken. Sonst im wesentlichen zahllose Narben, die in ihrer Anordnung, ihrem Sitze den früheren Tumoren entsprechen.

Harn: 2000. Sp. Gew. 1·024.

G N	24·9	Gr.	Aether SO_3	0·21
H N	22·2	„	Ges. SO_3	5·4
Harnsäure N	0·164	„	Sulf. SO_3	4·3
Ges. Allox. N	0·25	„	Ges. P_2O_5	3·6
Alloxbas. N	0·08	„	Alk. P_2O_5	3·0
Amm. N	0·81	„	Erd. P_2O_5	0·6
Nucleoalb.	normal		Chlor	13·2
Indoxyl, Skatoxyl	reichlich		Zerner's Coefficient 1 : 0·35! normal.	

Zucker 0, Albumen-Spuren.



Mit Rücksicht auf eine bei Abschluss dieser Arbeit erschienene Publication von Colombini in den Monatsheften für praktische Dermatologie 1897, in welcher über das Vorkommen von Pentosen bei einem Fall von Xanthom. tuberosum berichtet wird, wurden die Urine auf Pentosen untersucht, dieselben erwiesen sich als frei von Pentosen.

Am 22. Jänner 1897 wird der Patient von mir der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien demonstrirt.

Die Rückbildung der Hauttumoren hatte inzwischen noch weitere Fortschritte gemacht, während zu der Zeit neuerlich Albuminurie und Glycosurie ($2^1/_2{}^0/_0$) bestanden.

Das Coincidiren von Glycosurie mit Xanthoma tuberosum hat schon zu einer Reihe von Hypothesen Veranlassung gegeben.

Sowohl der häufig beobachtete Icterus, als auch die Glycosurie werden von Hallopeau auf secundäre Localisation der Xanthom-Knoten in inneren Organen, beziehungsweise in den Gallenwegen und im Pancreas bezogen, eine Vermuthung, die bereits früher von Kaposi ausgesprochen wurde.

Quinquaud[1]) suchte das irritirende, den ganzen Process veranlassende Moment im Blute Xanthelasmatischer. Er fand darin eine grössere Menge Fett und Cholestearin, weniger Hämoglobin und ein geringeres Absorptionsvermögen für Sauerstoff als im normalen Zustande. Das Fett aus dem Blute soll mit den Blutsalzen eine Seife bilden, welche sich in den Bindegewebszellen ablagert und sie zur Wucherung anregt.

Chambard glaubt, dass als reizendes Princip ebenso auch der die Bindegewebselemente umspülende Zucker fungiren könne.

Was unseren speciellen Fall betrifft, so ist die Incongruenz zwischen dem Verhalten der Glycosurie und dem der Geschwülste jedenfalls auffallend und der Beachtung werth. Die Involution derselben macht weitere Fortschritte zu einer Zeit, da die Glycosurie wieder aufgetreten ist und sogar ziemlich hohe Werthe der Zuckerausscheidung erreicht. Ein solches Factum ist mit der Hallopeau'schen Theorie nur schwer in Einklang zu bringen.

[1]) Bulletin de la soc. clinique. 1878.



Der Einwand, dass spontane Involutionen beim Xanthoma diabeticorum zum Krankheitsbilde gehören, ist für unseren Fall kein stichhältiger, denn diese Involution liess 10 Jahre auf sich warten und trat dann während einer sechswöchentlichen Brunnencur rapide und augenfällig ein, so dass es den Thatsachen Gewalt anthun hiesse, wollte man in diesem Falle den Einfluss der Behandlung auf die Hautaffection und so den Connex der Xanthomatosis und der Glycosurie wegleugnen.

Eine Erklärung hiefür zu geben, bin ich allerdings nicht im Stande; die chemischen Analysen, auf welche Quinquaud's Theorie fusst, bedürfen meiner Ansicht nach genauer Nachprüfung — vorher möchte ich mich nicht entschliessen derselben rückhaltlos beizupflichten.

Die histologische Untersuchung eines gelegentlich excidirten Knotens, welche von Herrn Dr. Emil Schwarz ausgeführt und mir gütigst zur Verfügung gestellt wurde, ergab folgenden Befund:

Das Geschwülstchen zeigt sich am Durchschnitt ziemlich scharf von der Umgebung abgegrenzt. Es erscheint als ein knapp unter dem Papillarkörper gelegener Knoten, dessen Grenze durch lange, kapselartig ihn umgebende Züge fibrösen Gewebes hergestellt wird. Diese Züge erscheinen jedoch nicht als selbständiges Gebilde, sondern nehmen ihren Ausgang von dem sclerosirten schwieligen Gewebe der Subcutis. Während jedoch letzteres ziemlich kernarm ist, aus den bekannten welligen Bindegewebsmassen sich zusammensetzt, zeigen sich die dem Tumor zugehörigen Stränge in mehr gestreckten Zügen, welche durch die deutliche Zusammensetzung aus langgestreckten spindelförmigen Zellen und die in jeder Zelle noch deutlichen Zellkerne von dem umgebenden subcutanen Gewebe bedeutend differiren und in ihrem Bau völlig den Faserbündeln der Fibrome ähneln. An manchen Stellen lässt sich ein solches Bündel weit von dem Tumor weg bis in den Papillarkörper verfolgen, so also, dass es daselbst seinen Ursprung nimmt, in ziemlich gestrecktem Verlaufe sich dem Tumor nähert und dann in bogenförmiger Schlinge um dasselbe gleichsam kapselartig herumzieht (Fig. 2*a*). An anderer Stelle lässt sich ein directer allmäliger Uebergang des kernarmen subcutanen Gewebes in die

fibromatösen Stränge in der Art verfolgen, dass die wellenförmigen und unregelmässigen, sich durchflechtenden Gewebsmassen mehr parallele Anordnung annehmen (Fig. 2*b*) und durch immer reichlicheres Auftreten von sehr langen Spindelzellen den Charakter der beschriebenen Stränge annehmen. Ein Theil dieser letzteren zieht, wie bereits hervorgehoben, im Bogen um den Tumor, ein anderer durchsetzt die scheinbare Kapsel, indem er sich mit Strängen ersterer Art recht- oder spitzwinklig kreuzt und zieht direct in das Innere des Tumors. Jedoch auch die kapselbildenden Schlingen gehen in den Tumor selbst auf, indem sie entweder Ausläufer in das Innere hineinschicken oder aber indem sie durch stärkere Biegung die Oberfläche verlassend, sich direct in den Tumor einsenken (Fig. 2*c*). Eine zellige Infiltration der Umgebung, oder des Papillarkörpers oder der Stränge selbst fehlt absolut und bloss einige Gefässe, weniger das subcutane Gewebe überhaupt, zeigen über die Norm hinausgehende Kernvermehrung.

Der Querschnitt des Tumor selbst erhält durch die von allen Seiten in ihn eindringenden fibrösen Stränge eine scheinbare grobmaschige Architektur, indem Balken mit deutlich fibröser Structur, die sich in den verschiedensten Winkeln miteinander kreuzen, Stellen zwischen sich fassen, wo diese Structur undeutlich oder ganz verwischt ist. Es entstehen dadurch Felder, welche im Gegensatze zu den langgestreckten Spindelzellen der Stränge, unregelmässig polygonale, doch nicht deutlich abgrenzbare kernführende Zellen enthalten, die durch kernlose, zwischensubstanzähnliche Intervalle von einander geschieden sind (Fig. 3*a*). Eine strenge Scheidung zwischen diesen Feldern und den Strängen ist undurchführbar, indem an den Rändern derselben Spindelzellen sich in dieselben mengen und auch an zahlreichen Stellen, namentlich bei Beobachtung des Glycerinpräparates, der directe Uebergang dieser Felder in die fibröse Structur verfolgt werden kann. Es ist also wohl mit Sicherheit anzunehmen, dass diese scheinbaren Zellnester nur Querschnitte oder Schiefschnitte von denselben Gewebselementen darstellen, die im Längsschnitte als fibröse Zellstränge erscheinen. Der feinere Bau der Stränge selbst ist soweit völlig identisch mit fibromatösem Gewebe, als sie sich



aus nahezu parallel gelegten Zellen zusammensetzen, welche meist einen sehr schmalen spindelförmigen Zelleib besitzen, der sich an beiden Polen in sehr lange faserähnliche Fortsätze verfolgen lässt. Die Kerne sind oval längsgestellt. Einige der Zellen erscheinen auch etwas breiter, mehr rhombisch als spindelförmig, doch auch an diesen lässt sich die bipolare Verlängerung deutlich constatiren. Durch die Aneinanderlagerung dieser Zellen und ihrer Fortsätze entsteht das sattsam bekannte Bild jungen, doch zelligen fibrösen Gewebes, indem zwischen den Zellen ein scheinbar faserige Structur aufweisendes Zwischengewebe zu liegen scheint, welches der Aneinanderlagerung der langen Fortsätze seine Entstehung verdankt. Bei Untersuchung am Gefrierschnitte, sei es nativ oder nach Härtung in Sublimat, in Müller'scher oder Zenker'scher Flüssigkeit, in Glycerin oder Wasser fallen einzelne Abschnitte des Tumors durch eine deutliche Gelbfärbung schon bei schwacher Vergrösserung auf. Bei starker Vergrösserung zeigt sich die gelbe Farbe an Zellen gebunden, welche mit tropfenähnlichen Körnchen gefüllt sind. Diese Zellen finden sich theilweise ziemlich reichlich, namentlich in den centralen Partien des Gewebes, fast gar nicht in den kapselartigen periphersten Abschnitten. An in Celloidin eingebetteten Präparaten sind die gelben Körner geschwunden, dagegen erscheinen sie nach Behandlung mit Marchi'scher Lösung intensiv schwarz, sind also als Fetttröpfchen anzusehen. Erst an Präparaten letzterer Art (Fig. 3) kann über die Form der betreffenden Zellen und deren Lagerung ein Urtheil abgegeben werden. Es erscheinen diese Zellen in geringerer Zahl in unregelmässiger polyedrischer Gestalt (Fig. 3*b*), zum grössten Theile jedoch in derselben langgestreckt spindelförmigen, in welcher sich das Gewebe der Stränge präsentirt. Namentlich entsprechen die ersteren Formen Kreuzungsstellen der Bündel oder den scheinbaren Zellnestern, während die Stellen des Präparates, welche schön längsgetroffene Bündel zeigen, fast ausschliesslich Zellen in schmalster Spindelform, die bis in die feinsten Ausläufer mit schwarzen Körnchen besetzt sind, erkennen lassen.

Am Zupfpräparat in 1% Osmiumsäure lassen sich bloss faserige Elemente und lange Spindelzellen isoliren, welche

schwarze Körner in ihrem Inhalte führen. Epithel- oder endothelähnliche Zellen mit den fraglichen Körnern sind nicht aufzufinden.

Resumé: Der Tumor besteht aus fibromatösen Strängen, welche aus dem Bindegewebe der Haut ihren Ursprung nehmen. Das gelbe Fett liegt in den Zellen der fibrösen Stränge selbst. Von der fibrösen Grundlage genetisch verschiedene Xanthomzellen sind nicht nachweisbar. Der Tumor ist nicht entzündlichen Ursprunges.

Ob einer solchen Auffassung auch andere Xanthome zugänglich sind, oder gar alle, vermag ich nicht zu entscheiden. Es erscheint mir dies a priori zweifelhaft, wenn ich die in der Literatur niedergelegten histologischen Befunde einer Sichtung unterziehe. Wahrscheinlich ist mir, dass thatsächlich unter dem klinischen Bilde des Xanthoms eine Serie histologisch scharf differenter Tumoren einhergeht. Dadurch fände die auf diesem Gebiete herrschende Verwirrung in der Literatur wenigstens einigermassen Entschuldigung und Erklärung.



Erklärung der Abbildungen auf Taf. I u. II.

Fig. 1. Nach der Natur aufgenommen. Juni 1896.

Fig. 2. Schnitt durch einen Xanthomknoten aus der Ellbogengegend nach Härtung in Müller'scher Flüssigkeit und Celloïdineinbettung. Färbung mit Eosin-Haematoxylin. Zeiss. Ocular 4. Obj. *A*. *a* Kapselähnlicher, vom Papillarkörper ausgehender fibromatöser Strang. *b* Uebergang des subcutanen Bindegewebes in fibromatöse Stränge. *c* Verzweigung eines Stranges in das Innere des Knotens.

Fig. 3. Schnitt durch einen nach Marchi behandelten Xanthomknoten aus der Ellbogengegend. Zeiss. Ocul. 4. Obj. *D*. *a* Quergetroffenes Bündel. *b* Kreuzungsstelle mehrerer Bündel.

Aus Dr. Max Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

Ueber Urticaria mit Pigmentbildung.

Von

Dr. **Peter Róna,** Wien,

Volontair-Assistent.

In der Pathogenese und klinischen Eintheilung der Urticaria finden sich noch manche Fragen, welche einer endgiltigen Lösung harren. Vidal[1]) fasste als erster die Krankheit als eine vasomotorische Störung auf, für deren Grundlage er, wie Schwimmer,[2]) eine Gefässparese annahm, während Auspitz[3]) einen Gefässspasmus supponirte. Unna[4]) versuchte nun eine nähere Erklärung dieser Erscheinung zu geben. Zunächst trennt er das urticarielle von den gewöhnlichen Oedemen als ein „elastisches" ab, welches „in gewissen Partien der Cutis fest eingeschlossen verharrt und nervöser Reize bedarf, um zu erscheinen und zu verschwinden". Dieses vasomotorische Phänomen führt Unna auf einen isolirten Spasmus der kleinen Hautvenen zurück, welcher nicht nur den Rücklauf des Blutes, sondern auch den der Lymphe hindert, da der die Capillaren des Papillarkörpers verlassende Lymphstrom hauptsächlich von den grösseren Venen wieder aufgesogen und nur zum kleineren Theile durch die offenen Lymphgefässe direct zurückgeführt wird. Zum Eintheilungsprincip der klinischen Formen benützt Unna die beiden Factoren, die zur Entstehung des Urticaria-Ausschlages unbedingt vorhanden sein müssen: die bleibende Disposition und den auslösenden Reiz. Jenachdem die Disposition central oder peripherisch bedingt ist, theilt er alle Formen

[1]) Vidal. De l'urticaire. Ann. de Derm. et Syphil. 1880.

[2]) Schwimmer. In Ziemssen's Handbuch. Bd. II.

[3]) Auspitz. System der Hautkrankheiten.

[4]) Unna. Urt. simpl. und pigmentosa. Dermat. Studien 1887.

in zwei Gruppen. In die erste gehören *a*) die Urticaria traumatica, *b*) die Urticaria communis chronica und acuta, zu welchen er noch als Abarten die Urt. perstans (Willan) und die Urt. perstans pigmentosa (Pick) rechnet, und *c*) die Urt. factitia. In die zweite Gruppe gehört die Urt. pigmentosa.

In neuester Zeit widerspricht Kromayer[1]) der Unna-schen Theorie, die Entstehung des localen Oedems betreffend. Gestützt auf Heidenhain's und seine eigenen Experimente, betrachtet er die Menge der in den Gewebsspalten der Cutis und Papillarkörpers circulirenden Lymphe fast verschwindend gering, und auch die resorbirende Fähigkeit der Venen sehr wenig in Betracht kommend, so dass sie zur Erklärung des Phänomens nicht ausreichen. Er nimmt an, dass zu der durch die vasomotorische Reizung bedingten vermehrten Blutzufuhr in einem beschränkten Gefässgebiete noch eine Veränderung der Capillarwände dazukommt, wodurch sie für die seröse Flüssigkeit durchlässiger werden, und so das Oedem veranlassen. Hallopeau[2]) meint, dass der Widerstand, den das Bindegewebe der serösen Infiltration entgegenbringt, zur Erklärung des localen Oedems genügt.

Nach unseren jetzigen Kenntnissen können die verschiedenen Arten der Urticaria folgendermassen eingetheilt werden: 1. Urticaria acuta. 2. Urt. chronica, welche sich aus einer fortlaufenden Reihe von acuten Schüben zusammensetzt. Beide Gruppen können als idiopathische oder als symptomatische Krankheiten auftreten (Kaposi). 3. Urt. perstans (Willan), bei welcher die individuelle Lebensdauer der einzelnen Efflorescenzen, im Gegensatz zum flüchtigen Charakter der gewöhnlichen Urticaria eine über Tage und Wochen andauernde ist. Sie erscheint in zwei Formen; erstens es besteht ausser der durch die begleitende Hyperämie bedingten Färbung keine andere Färbung, keine Pigmentirung; zweitens bleibt nach Schwinden der Hyperämie die Haut längere Zeit pigmentirt (Pick).[3])

---

[1]) Kromayer. Vorles. über allg. Dermat. Kap. Oedem. p. 50 f.

[2]) Hallopeau. Semaine medicale 1894 p. 129.

[3]) Pick. Prager Zeitschrift für Heilkunde 1881. 2 p. 417.

Mit dieser letzten Form eng verwandt — von Pick auch hieher gerechnet — ist 4. die Urt. pigmentosa (Sangster),[1]) welche jedoch sowohl klinisch als anatomisch eine Sonderstellung beansprucht. Während bei der Urtic. perstans mit Pigmentbildung die urticarielle Erhebung nur Tage, höchstens einige Wochen andauert und die zurückgebliebenen Pigmentflecke in gewisser Zeit sich auch zurückbilden, ist die Urt. pigmentosa eine in der frühesten Kindheit, manchmal sogar wahrscheinlich intrauterin[2]) auftretende Krankheit, welche im Durchschnitt acht bis zehn Jahre, in ihrer vollen Entwickelung fast unverändert zwei bis fünf Jahre (zweites Stadium der Krankheit nach Raymond) andauert und durch eine ganz charakteristische, histologische Structur — welche wir später näher würdigen werden — sich von allen anderen Formen der Urticaria unterscheide (Raymond).[3]) Auch Unna[4]) trennt diese Form als eine bei localer Disposition durch peripheren Reiz hervorgerufene Krankheit, von der von Pick beschriebenen Urt. perstans mit Pigmentbildung.

Seit Nettelshipp,[5]) der diese Krankheitsform zuerst beschrieb, haben viele Forscher sich theils mit dem klinischen Bilde, theils mit dem mikroskopischen Aufbau derselben beschäftigt.[6]) — Klinisch unterscheidet Unna zwei Formen, eine grossfleckige und eine kleinfleckige, während Raymond drei Typen aufstellt: 1. Knötchenform (Forme nodulaire; Type xanthelasmoidea de Tilb. Fox). 2. Fleckenform (Forme maculeuse; Type Cavafy). 3. Gemischte Form (Forme mixte). — Neuerdings ist noch von Hallopeau[7]) eine besondere Varietät

[1]) Sangster. Transactions of the clinical society. XI p. 161.

[2]) Siehe die Fälle von Arning. (Verhandl. der deutschen dermat. Gesellsch. I. Congr. p. 281) und Fabry (Ueber Urt. pigm. xanth. etc. Dieses Archiv. Bd. 34. 1895).

[3]) Raymond. L'urticaire pigmentée. 1888. — „On voit donc que la première phase seule de la maladie repond à l'urt. persist. et encore cette phase n'est elle pas tout à fait semblable pour chacune de deux affections. Toute la période d'état qui constitue à vrai dire la caractèristique de l'urt. pigm. fait défaut dans l'urt. perstans." p. 68.

[4]) Unna l. c. p. 47.

[5]) Nettelship. Brit. med. Journal. Vol. II. 1869 p. 323.

[6]) Die ausführl. Literatur findet man in der Arbeit von Raymond.

[7]) Hallopeau. Semaine médicale. 1894 p. 129.

als „lichenoide" Form beschrieben worden, und hebt Fabry[1]) noch vor Kurzem die klinische Selbständigkeit der Urt. pigment. xanthelasmoides gegenüber der Urt. pigm. simplex hervor.

Der Urtic. pigmentosa klinisch nahe verwandt, und mit derselben auch oft zusammengeworfen, ist eine Form der Urticaria, welche erst im späteren Alter auftritt, und auch persistirende Pigmentflecke hinterlässt. Schon Raymond[1]) sprach deutlich aus, und ihm stimmten Arning, Pick,[2]) später Morrow[3]) und A. m. bei, dass man alle anderen Formen der Urticaria, welche mit Pigmentbildung einhergehen, als „Urticaria mit Pigmentbildung" („.. avec pigmentation") von der Urt. pigmentosa unterscheiden soll. Nun ist letztere nicht nur klinisch, sondern auch histologisch eine ganz genau charakterisirte Erkrankung, indem eine geschwulstartige Anordnung von Mastzellen, wie sie zuerst Unna[4]) genauer beschrieb — womit auch die Beschreibungen früherer Autoren, Hoggan[5]) Fox[6]) übereinstimmen, wenn sie auch die wahre Natur der „grossen" „ödematösen" Zellen noch nicht erkannten — pathognomisch für die Krankheit ist. — Diesen Befund konnten auch die meisten späteren Untersucher, wie Raymond,[7]) Quinquaud und Nicolle,[8]) und neuerdings auch Bäumer[9]) bestätigen, welcher letztere experimentell noch einen werthvollen Beitrag für die Entstehung der Mastzellen aus den Bindegewebszellen geliefert hat. Nur Doutrelepont[10]) und

---

[1]) Fabry. Ueber Urtic. pigmentosa xanthelasmoides. Dieses Arch. Bd. 34. 1895.

[2]) Verhandl. der Deutschen dermat. Gesellschaft. I. Congr.

[3]) Morrow, P. A. Case of urtic. pigment. Americ. derm. Assoc. 1895 p. 112.

[4]) l. c. p. 17.

[5]) Hoggan. Monatshefte f. prakt. Dermat. 1883 p. 44.

[6]) Fox, C. Medico-Chirurgical Transaction. Vol. 66. 1883.

[7]) l. c.

[8]) Quinquaud et Nicolle. Note sur l'histologie de l'urticaire pigmentée. Annal. de derm. et de syph. 1891 p. 393.

[9]) Bäumer. Beiträge zur Histologie der U. simpl. u. pigm. Dieses Arch. Bd. 34.

[10]) Doutrelepont. Urtic. pigmentosa. Dieses Archiv 1890. Bd. 22.

Jadassohn[1]) konnten die geschwulstartige Anordnung der Mastzellen nicht finden, wenn auch sie beide ein besonders starkes Auftreten dieser Zellenart zugeben. Mit Recht bemerkt aber Bäumer, dass die Urt. pigmentosa, als successiv entstandenes Gebilde als das Höhestadium ihrer Entwickelung, die Bildung des Mastzellentumors zeigt, so dass es nicht auffällig ist, wenn einzelne Forscher denselben nicht gefunden haben. Isolirt stehen die Befunde Pick's[2]) und Fabry's,[3]) welche Hämorrhagien in der Cutis beschreiben, auf welche sie die Pigmentirung, Fabry auch „die Erhebung der Exrescenzen über das gesunde normale Hautniveau" zurückführen. Weitere Untersuchungen müssen noch ergeben, inwieweit die klinische Trennung der „Urt. perstans haemorrhagica" (Pick) von der früher erwähnten Form berechtigt sei.

Da nach alledem der Mastzellentumor pathognomonisch für die Urt. pigmentosa angesehen werden muss, so ist es in erster Reihe nothwendig, sofern man die Sonderstellung der Urtic. mit Pigmentbildung gegenüber der Urtic. pigmentosa feststellen will, histologische Untersuchungen anzustellen, wie das schon Neisser im I. Congr. der dermatologischen Gesellschaft ausgesprochen hat.[4]) Bis jetzt sind nur wenige[5]) diesbezügliche Fälle in der Literatur niedergelegt, wo auch die histologische Structur berücksichtigt wird, einmal, ganz kurz, bei Doutrelepont,[6]) dann etwas ausführlicher bei Quinquaud,[7]) welcher den Fall als Maladie pigmentée urticante beschrieb, sowie bei Temeson und Leredde.[8]) Es scheint mir demnach nicht ohne Interesse, die ausführliche Beschreibung eines Falles von Urt. mit Pigmentbildung, welchen

[1]) Jadassohn. Demonstr. eines Falles von Urt. pigm. IV. Congr.

[2]) Pick l. c.

[3]) Fabry l. c.

[4]) „. . . man wird noch sehr viel mikroskopisch untersuchen müssen, besonders auch um Urt. pigmentosa und Urt. mit Pigmentbildung schärfer zu trennen."

[5]) Der von Fabry beschriebene Fall von Urt. chron. perstans papulosa (dieses Archiv, Bd. 34) gehört nach meiner Meinung weder klinisch noch histologisch hieher.

[6]) l. c. Der zweite Fall.

[7]) Quinquaud. Annal. de Derm. 1893 p. 859.

[8]) Annal. de Derm. 1856.

Dr. Joseph zur histologischen Untersuchung mir gütigst überlassen hat, hier wiederzugeben.

Es handelt sich um einen 25jährigen Mann (R. H.), welcher am 28. November 1895 zuerst die Poliklinik des Herrn Dr. Max Joseph aufsuchte. Der kräftig gebaute, muskulöse und ziemlich gross gewachsene junge Mann weiss nichts von früheren Krankheiten zu berichten. Im Jahre 1888, also vor 7 Jahren, hatte er zum ersten Male bei sich einen Hautausschlag bemerkt, welcher ihn, abgesehen von kleinen krankheitsfreien Intervallen, fortwährend durch Jucken belästigte. Dasselbe nahm in den Jahren 1893 und 1894 besonders stark zu und wurde seit Januar 1895 immer unangenehmer, so dass Patient nach vielfachen therapeutischen Massnahmen von anderer Seite sich an Dr. Joseph um Hilfe wegen seines ihn stark belästigenden Zustandes wandte. Patient vergleicht das erste Auftreten der juckenden Hautkrankheit mit dem Zustande, wie er ihn beim „Nesselfieber" oft gesehen hatte; erst später sollen dann die braunen Flecke aufgetreten sein.

Status praesens vom 28. Nov. 1895. Der kräftige, muskulöse Mann fühlt sich im Allgemeinen ganz wohl, nur das zeitweilig stark auftretende Jucken belästigt ihn ungemein. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt nichts Abnormes. Nachdem Pat. sich entkleidet, fällt vor Allem die scheckige Haut desselben auf; es wechseln dunkelbraun pigmentirte Flecke mit der gesunden weissen normalen Haut in starker Contrastwirkung ab. Diese Flecke sind über den ganzen Körper verbreitet, am stärksten scheinen sie auf dem Rumpf und der oberen Extremität vorhanden zu sein, doch sind die unteren Extremitäten auch nicht verschont. Ganz frei ist nur der Kopf. Die einzelnen Flecke haben eine ganz verschiedene Grösse; die kleinsten sind etwa markstückgross, doch sieht man am Rücken zwei Flecke, dann am Unterschenkel einen, die etwa die Grösse eines Fünfmarkstückes erreichen. — Die einzelnen Flecke sind durch ziemlich weite gesunde Strecken von einander getrennt, so dass man z. B. an der rechten oberen Extremität, von welcher ein markstückgrosser Fleck zur mikroskopischen Untersuchung exstirpirt wurde, nur fünf derartige kranke Stellen sieht. Die Färbung ist eine dunkelbraune. Sonst erscheint die Haut über den Flecken normal, es finden sich daselbst keine Efflorescenzen, keine Schüppchen etc.

Wenn man die pigmentirten Flecke stark klopfte, so trat an diesen Stellen eine quaddelartige Erhebung hervor. Die Stelle wurde hellroth, wurde über die Oberfläche etwas erhaben und von einer hellrothen Zone umgeben. An den gesunden Hautstellen konnte man auch eine Urt. factitia erzeugen. Besonders schön trat aber eine spontane Quaddelbildung auf u. zw. namentlich an den pigmentirten Stellen, wenn Pat. sich in einer warmen Temperatur befand, oder stark schwitzte. Dann nahmen die braunen Flecke eine rothe Farbe an und erhoben sich über die Oberfläche; zugleich trat heftiges Jucken auf. Kratzte sich Pat. an diesen Stellen, so hatte er keine Erleichterung, sondern ein sehr erhebliches Brennen und ein stechendes Gefühl.



Das für die mikroskopische Untersuchung bestimmte Hautstück wurde ohne vorherige Anaesthesie mittelst Scheere vom Oberarm entnommen, und in Alkohol gehärtet. Zur Färbung benutzte ich hauptsächlich Thionin-Eosin, polychromes Methylenblau und nachherige Entfärbung mit Glycerinäthermischung, die Orceinmethode nach Taenzer für die Darstellung der elastischen Fasern, ausserdem noch Picrocarmin und neutrales Carmin.

Die histologische Untersuchung ergab Folgendes. Bei schwacher Vergrösserung sieht man die oberflächlichsten Schichten der Cutis von einer Infiltration eingenommen, die nach der Tiefe einzelne Ausläufer sendet, welche meist die Gefässe, stellenweise auch die Talgdrüsen und die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen begleiten, während die Schweissdrüsencanäle selbst stets freibleiben. Bei starker Vergrösserung sieht man das Infiltrat aus folgenden Componenten zusammengesetzt. Dichte Zellhaufen und Zellstränge, in welchen man oft noch das endothelbekleidete Gefässrohr auffinden kann, begleiten das subpapilläre Gefässnetz, reichen aber fast nie bis zur Papillarschlinge selbst, und senden nach der Tiefe die früher erwähnten Fortsetzungen. Davon kann man eine weniger dichte Infiltration abtrennen, in welcher die Zellen ziemlich weite Abstände von einander zeigen. Die letztere ist namentlich in den Papillen und den dem Stratum Malpighii angrenzenden Partien der Cutis vorhanden. Die, die Infiltration zusammensetzenden Zellen bestehen theils aus mononucleären Leukocyten, theils aus Plasmazellen, u. zw. wird die lose Infiltration grösstentheils von letzteren gebildet. Mastzellen finden sich namentlich in den oberen Cutisschichten, wo also der pathologische Process am meisten ausgesprochen ist, nur in sehr mässiger Anzahl; etwas reichlicher sind sie tiefer um die Gefässe und Talgdrüsen versammelt. Das cutane Bindegewebe zeigt keine auffällige Veränderungen; nur die Bindegewebsspalten sind stärker erweitert, ausserdem findet man, und zwar namentlich in den mittleren und oberen Theilen der Cutis, ganz enorm erweiterte Lymphgefässe, welche zum Theil mit geronnenem Fibrin ausgefüllt sind. Weite Lymphgefässe begleiten auch die Talgdrüsen. Hie und da finden sich in den tieferen Cutisschichten er-



weiterte Blutgefässe. — Die elastischen Fasern zeigen ein normales Verhalten. Noch eine besondere Erscheinung müssen wir erwähnen. Diese wird von einer mehr oder minder dichten Anhäufung von länglichen faserigen Elementen gebildet, welche theils parallel lagernd, theils sich kreuzend, stellenweise ein kaum entwirrbares Convolut bilden. Viele dieser fädigen Elemente erinnern an Bindegewebskörper, andere sind viel länger; im allgemeinen herrscht aber eine grosse Polymorphie. Bald stellen sie langgezogene plumpe Stäbe dar, bald sind sie an den Enden kolbig aufgetrieben, oder im Verlaufe varicös erweitert, mit Fortsätzen versehen, kurz die mannigfaltigsten Bilder. — Am besten färben sie sich mit Anilinfarbstoffen, namentlich mit polychromem Methylenblau; auch mit Thionin. Mit Carmin erzielt man keine Färbung. — Aehnliche Bilder habe ich schon früher bei gonorrhoisch inficirten paraurethralen Gängen gesehen, wo sie auch Jadassohn [1]) beschreibt, und meinte damals veränderte Leukocyten vor mir zu haben. Jetzt muss ich sie eher als die früher schon öfters beschriebenen fibrinösen Massen ansehen, welche hier wahrscheinlich in Folge des langdauernden Oedems und der Stauung entstanden sind. Jadassohn betrachtet sie als Degenerationsproducte, und glaubt nach der Farbenreaction — mit Ehrlich'scher Triacidlösung geben sie einen grünen Farbenton, mit Thionin werden sie metachromatisch dunkelviolett gefärbt — eher eine mucinöse als fibrinöse Entartung annehmen zu dürfen. In meinen Präparaten konnte ich die Metachromasie nach Thionin nicht beobachten. — Zu erwähnen sind noch die stellenweise auftretenden Horncysten, kugelige Gebilde, umgeben von concentrisch geschichtetem faserigen Bindegewebe, meist leer, einige mit verhornten Zellen gefüllt; im Innern der Cyste findet man hie und da ein Lanugohärchen. Sie hängen in der Cutis mit den Talgdrüsen zusammen, es finden sich aber ganz ähnliche Cysten im Stratum mucosum der Epidermis, deren Herkunft nicht klar ist; möglicherweise stehen sie hier mit den Ausführungsgängen der Talgdrüsen in Zusammen-

[1]) Jadassohn. Verhandl. der deutschen derm. Ges. IV. Congr.

[2]) Behrend. Ein Fall von Pemphigus acut. mit Horncystenbildg. Dieses Archiv, Bd. 36 p. 343.

hang. Neuerdings hat M. Behrend[2]) anlässlich eines Falles von Pemphigus acutus mit Horncystenbildung ausführlich über Horncysten berichtet. Er unterscheidet zwei Arten derselben, solche die von den Haarbälgen, und solche die von den Schweissdrüsen ausgehen. In meinen Präparaten konnte kein Zusammenhang mit den Schweissdrüsen nachgewiesen werden. Behrend führt diese Bilder auf Proliferationsvorgänge zurück, für welche aber das auslösende Moment die Stauung ist, und es ist wohl denkbar, dass in unserem Falle auch diese Ursache wirksam war. — Ausser den erwähnten Cysten zeigt die Epidermis noch andere Veränderungen. Die Epitheleinsenkungen sind stellenweise bedeutend verlängert; hie und da sieht man auch eine mässige Anzahl Leukocyten in den Intracellulärräumen. An einer Stelle hebt sich die Epidermis mit den obersten Cutisschichten zu einer ganz flachen plateauartigen Erhebung von etwa 1 Mm. Länge, an einer anderen sind die oberflächlichen Zellschichten zu einem winzigen Bläschen abgehoben. — Pigment fand sich nicht so reichlich, wie es nach dem klinischen Bilde zu erwarten war; viele Schnitte waren ganz frei von demselben; sonst fand man es im allgemeinen in der untersten Zellage der Malpighi'schen Schicht, und zwar reichlicher an den Randpartien und den Stellen der Talgdrüsenmündungen. Ausserdem sind noch kleine Pigmentanhäufungen in den obersten Cutisschichten vorhanden.

Resumiren wir den erhobenen Befund, so lassen sich als Hauptpunkte besonders hervorheben: die Infiltration, die nur in den oberflächlichen Cutisschichten vorhanden ist, und theils in dichter Anordnung die Gefässe umscheidet, theils diffus und lose die Papillen und die subpapilläre Cutispartie betrifft; ein ödematöser Zustand des Bindegewebes, namentlich in den mittleren und oberen Theilen desselben, welcher in den sehr stark erweiterten Lymphgefässen, den grösseren Lymphspalten, und auch in der losen Infiltration seinen Ausdruck findet; und was in diesem Falle besonders wichtig ist, die geringe Zahl der die Infiltration begleitenden Mastzellen. Aehnlichen Befund konnte auch Quinquaud erheben, und auch Doutrelepont erwähnt, dass er in seinem zweiten Falle, welcher unserem entspricht, nicht so zahlreiche Mastzellen gefunden habe, wie in dem ersten (Fall von Urt. pigmentosa). Quinquaud sah



sich veranlasst, nach dem mikroskopischen Befund seinen Fall als Maladie pigmentée urticante der Urtic. pigmentosa gegenüber zu stellen, und dem muss ich vollkommen beistimmen. Mastzellentumor in der letzteren, geringe Anzahl der Mastzellen in der ersten Krankheitsform sind so bezeichnend, dass sie nicht nur in klinischer, sondern auch in histologischer Hinsicht ihre gegenseitige Selbständigkeit bewahren, und es geht nicht an, die Benennungen Urt. pigmentosa und Urt. mit Pigmentbildung promiscue — wie es jüngst noch Fabry that — für eine und dieselbe Krankheit zu gebrauchen.[1]) — Der Pigmentirung möchte ich in diesem Falle keine specielle Bedeutung zuschreiben. Ich betrachte sie eher als ein begleitendes Moment. Für ihre Entstehung könnte man die von Kaposi[2]) bei der Urt. pigmentosa geäusserte Meinung annehmen, nach welcher „die feinsten Blutcapillaren und Gefässe, die bei Urticaria (wie bei Erythem) paretisch sind, und nicht nur für Serum sondern auch für rothe Blutkörperchen und Haematin über Norm durchgängig werden, diesen Zustand im höheren Masse und in dauernder Weise beibehalten und dass in den in Rede stehenden Fällen diese Permeabilität für rothe Blutkörperchen, und deren Derivat, Pigmentkörnchen in das Corium bedeutender ist als gewöhnlich; endlich, dass die Aufsaugung der letzteren ausserordentlich träge erfolgt.“

Zum Schlusse ist meine angenehmste Pflicht Herrn Dr. Max Joseph für die Ueberlassung des Materials und vielfache Unterstützung bei der Arbeit, meinen aufrichtigen und ergebensten Dank auszusprechen.

---

[1]) Auch der Fall von Tenneson und Leredde (Sur un cas d'urticaire avec pigmentation. — Urt. pigmentaire à début tardif probable. Ann. de derm. 3 serie. Tom. VII. 1896) gehört nach meiner Auffassung zu der Gruppe der Urticaria mit Pigmentbildung, da die Krankheit erst im 5. Lebensjahre auftrat und durch die histologische Untersuchung das Fehlen des Mastzellentumors auch nachgewiesen wurde. („Sans doute on ne trouve pas au microscope cette aglomération excessive de mastzellen devenus cubique par pression réciproque.“) Infolge dessen kann ich Besnier nicht beistimmen, der den Fall als eine Uebergangsform zwischen der Urt. pigm. infantilis und der Urt. pigm. der Erwachsenen ansehen will.

[2]) Kaposi. Dieses Archiv 1886 p. 713.

Experimentelle Studien über Chlorcalcium und seine Verwerthung in Kreuznacher Bäderkuren.

Ein Beitrag zur Lehre vom Einfluss der Hautnerven auf den Stoffwechsel.[1]

Von

Dr. **E. Vollmer**, und Dr. **C. Aschoff**,
Arzt Chemiker

zu Bad Kreuznach.

Zu der stattlichen Anzahl von chemischen Verbindungen, deren Hauptfactor das Calcium ist, und die in der Therapie bislang Verwendung gefunden haben, um dem Calciummangel des Organismus aufzuhelfen, gehört auch das Chlorcalcium, bekanntlich das wesentliche Agens in den Kreuznacher Trinkquellen und der Kreuznacher Mutterlauge. Es nimmt wohl unter den Calciummitteln die führende Stelle ein. Zwar hat auch die Verwendung des Chlorkalkes, namentlich in der Form des liquor antiscrophulosus Niemanni, sowie der Calcaria sacharata, des Calcium jodatum, lacticum, phosphoricum — das von Malgaigne sogar in grossen Dosen zur Beschleunigung der Callusbildung bei Fracturen gegeben wurde — endlich die Verwendung des Calcium sulfo-carbolicum, besonders in der von Ewald[2]) angegebenen Form, und des Calcium sulfuratum lange Zeit lebhafte Fürsprache aufzuweisen gehabt. Indessen

[1]) Vortrag, gehalten auf d. XVIII. Balneol.-Congr. zu Berlin 1897.

[2]) Ewald. Arzneimittellehre. 1892. Berlin.



dürfte kaum eins dieser Präparate in so zahlreichen Fällen und mit solcher Constanz verwerthet sein, wie das Chlorcalcium. Die Anregung zu Studien über seine Wirksamkeit verdanken wir einmal den in so vielen Fällen von Kreuznacher Curärzten und Patienten gerühmten Heilerfolgen; dann klinischen Beobachtungen von Dr. Lier[1]) und Dr. Unna und endlich physikalischen Experimenten,[2]) die eine besondere pharmako-dynamische Kraft der Chlorcalciumwässer wahrscheinlich machten. Gestatten Sie uns, ehe wir Ihnen von unseren Studien über die Wirksamkeit des Chlorcalciums berichten, eine kurze Recapitulation der Lehre von der Bedeutung des Kalkes im Organismus und einen knappen Ueberblick über die Frage nach der Resorption und Ausscheidung des Kalkes, soweit sie für unseren Zweck von Interesse sind und für die Orientirung dienen können.

Es ist bekannt, dass neuerdings gegen den Diabetes mellitus von massgebender Seite eine Kalktherapie empfohlen wird, unter anderen von Dr. Grube in Neuenahr. Der Schwerpunkt der Kalktherapie hat allerdings natürlich immer in der Behandlung derjenigen Krankheiten gelegen, die mit einer Affection der Knochen einhergehen, so der Rhachitis und der Osteomalacie und all den vielfachen Erscheinungen der Knochentuberculose und Knochenlues. Während man sich über die günstige Einwirkung des Kalkes bei Diabetikern vorläufig keine Rechenschaft geben kann, scheint dieselbe bei den Knochenaffectionen plausibel. In den meisten Fällen sind Erweichungsprocesse vorhanden, bei denen Schwund der Kalksalze, des anorganischen Skelettes, eintritt und es erscheint der Versuch gerathen, diesem entgegen zu treten. Wird nun aber von etwa der Nahrung beigefügten Calciumsalzen auch soviel resorbirt, dass dies Plus in der Nahrung dem Minus in der Bilanz des Stoffwechsels aufhelfen kann? Oder gehen die Calciumverbindungen einfach unresorbirt durch den Stuhl ab? Oder wenn auch Resorption eintritt, wird der in's Blut auf-

---

[1]) Lier. Ueber Kreuznacher Mutterlauge und Chlorcalcium. Monatshefte für prakt. Derm. Bd. VII. 1888.

[2]) Vollmer. Ueber Kreuznacher Mutterlauge. Dermat. Zeitschrift. 1896. Bd. III.

genommene Kalk nicht durch die Nieren wieder, ohne Verwerthung gefunden zu haben, ausgeschieden? Dies sind Fragen, die sich den Aerzten immer aufgedrängt haben. Es existiren nun eine Reihe von Arbeiten, die der Beantwortung dieser wichtigen Fragen näher treten. Riesell[1]) nahm selbst kohlensauren Kalk in reichlicher Menge (ca. 10 Gr.) zur Mahlzeit und fand dadurch eine absolute und relative Vermehrung der Erdphosphate im Harn. Soborow[2]) liess zwei gesunde Männer an zwei Tagen je 8 Gr. und 10 Gr. Kreide zur Mahlzeit nehmen und fand beim 22jährigen in 24 Stunden am 1. und 2. Tage die Normalwerthe 0,2807 Gr. und 0,2970 Gr., am 3. und 4. Tage die Kreidewerthe 0,7022 Gr. und 0,9829 Gr.; hinterher an den folgenden Tagen 0,3145 Gr. und 0,2895 Gr.; beim 32jährigen sind die Ziffern: 0,2162 Gr. und 0,2734 Gr., 0,7303 Gr. und 0,8704 Gr. (Kreidewerthe) und 0,2717 und 0,2667 Gr. (Nachwerthe). Aehnliche Steigerung beobachtete er bei einem Hunde nach Einführung von Kreide in den Magen und nach Einspritzung von essigsaurem Kalk in's Blut. Stets wurde die Ausscheidung durch den Harn nach Weglassen des Kalkes sehr bald wieder normal. Perl[3]) fütterte einen Hund mit Chlorcalcium und zwar brauchte er an drei aufeinander folgenden Tagen 1,797, 2,246 und 3,145 Gr. als wasserfrei verrechnetes Chlorid; die CaO-Ausscheidung, welche vorher 0,020 bis 0,037 Gr. an 5 Tagen betragen hatte, stieg sofort auf 0,048 Gr., 0,088 Gr., 0,126 Gr. und sank nunmehr wieder auf 0,038 und 0,025 Gr. Auch die Chlorausscheidung stieg sofort und sehr auffällig nach Verabreichung des Chlorids; sie betrug vorher 1,33 Gr. bis 1,60 Gr., stieg auf 2,63, 2,88, 4,25 Gr. und sank alsbald auf 2,09 Gr. und 2,07 Gr., cf. unsere Badeversuche IV!! Sehr auffällig war in Perl's Versuchen am Hunde weiter, dass seine Kalkausscheidung bei Fütterung mit kalkarmer Nahrung weit beträchtlicher war, als dem Kalkgehalt der Nahrung entspricht; es musste eine Abgabe von Kalk seitens des Körpers stattgefunden haben. (Schmelzung des

---

[1]) Riesell. Hoppe-Seyler's Untersuchungen. 1869. III.
[2]) Soborow. Centralbl. f. d. m. W. 1872. 39 p. 610.
[3]) Perl. Virchow's Archiv 1878. 74 p. 59.

Organkalkes cf. unten!) Lehmann[1]) fand nach Einfuhr von 5 Gr. Kreide pro die mässige Zunahme der Erdphosphate, besonders des Kalkes. Diesen Uebertritt des mit der Nahrung aufgenommenen Kalkes beweisen auch die Experimente von Rüdel[2]) und Rey,[3]) Arbeiten, die von der Heidelberger Kinderpoliklinik (Dir. Prof. Dr. Vierodt) inaugurirt sind. Die Arbeit von Rey ist in vieler Hinsicht besonders beachtenswerth. Dieser Autor versuchte nicht nur die Einwirkung der per os eingenommenen Kalksalze auf den Zuwachs des Kalkes im Harn nachzuweisen, also der Wechselwirkung zwischen Kalkaufnahme und Kalkabgabe näher zu kommen, sondern verglich die Verhältnisse der Kalkabgabe bei verschiedener Medication. So bewirkte der Phosphorleberthran eine Zunahme der Kalkabgabe, die sich durch langsame, von Tag zu Tag deutliche Steigerung des Harnkalkes documentirte. Fütterung mit essigsaurem Kalk und kohlensaurem Kalk bewirkte regelmässig eine auffallende, sofortige Steigerung des Harnkalkes.

Diese interessanten Resultate von Riesel, Soborow, Lehmann, Perl, Rüdel und Rey regten folgende Ueberlegungen an. Es kann zwei Arten von Calciumverbindungen im Organismus geben, nach Analogie der Eiweissverbindungen; solche, die im Blute circuliren und solche, die in Organen, vor Allem in den Knochen, gebunden sind. Durch Zufuhr von Calcium mit der Nahrung werden diejenigen in der Circulation direct vermehrt; daher auch die sofort ansteigende Zunahme des Harnkalkes. Kann der in den Organen, speciell in den Knochen, aufgespeicherte Kalk durch Medication oder Bäder in seinem Bestande erschüttert werden? Die Experimente von Rey über den Zuwachs des Harnkalkes bei Fütterung mit Phosphorleberthran scheinen das zu bejahen. Die classischen Versuche von Wegner über den Einfluss des Phosphors auf die Knochenbildung sprechen in dem Sinne der Rey'schen Versuche. Wie verhalten sich nun aber stark calciumhaltige Bäder auf den Kalkbestand des Organismus?

---

[1]) Lehmann. Berl. klin. Wochenschr. 1882. 21.

[2]) Rüdel. Archiv f. experim. Pathol. und Therap. XXXIII.

[3]) Rey. Deutsche med. Wochenschr. 1895 p. 569.

Speciell wie verändert sich die Menge des Harnkalkes in unseren Kreuznacher Mutterlaugenbädern, die doch unzweifelhaft für so viele Knochenerkrankungen von grosser Heilwirkung sind? Eine genaue Erforschung dieser Fragen erschien uns wichtig und wir haben deshalb eine Reihe von Stoffwechselarbeiten in Angriff genommen, von denen die hier folgende den Anfang darstellt und sich auf die Beobachtung und genaue analytische Bestimmung der Veränderung des Chlor- und Calciumgehaltes im Urin gesunder Männer von ungefähr 28 bis 30 Jahren beschränkt. Der Harnchlor- und Kalkgehalt galt uns dabei als ein Massstab für den Zuwachs des Umsatzes an Chlor und Kalk in den Geweben und der Circulation. Aus den oben mitgetheilten, längst positiv gelungenen Arbeiten geht direct hervor, in welcher Weise chlorcalciumhaltige Trinkquellen, wie die Kreuznacher Oranien-, Elisabeth-, Karl- und Victoriaquelle wirken.[1]) Sie steigern den Calciumgehalt des Blutes und sind in der Lage, bei Calciummangel recht vortheilhaft zu wirken. Wie aber wirken die Bäder? Durch Resorption durch die Haut oder durch centripetale Reflexerregung des Stoffwechsels, ähnlich wie die Wärmeregulirung im Organismus? Um eine Versuchsbasis zu haben, wurden zunächst folgende Versuche angestellt:

Versuch I. *a)* Die Hand eines von uns wurde nach gründlicher Reinigung verschiedentlich mit destillirtem Wasser gewaschen und abgespült und dann eine Viertelstunde lang in 1 Liter destillirten Wassers von 28° R. gehalten. Darnach wurde das destillirte Wasser in einer Platinschale verdampft, der Rückstand bei 100° getrocknet und gewogen. Es hinterblieb 25 Milligramm Rückstand, der mit destillirtem Wasser eine saure Lösung gab, in der sich neben organischen Verbindungen, Kalk, Magnesia, Natron, Ammonverbindungen, Chlor, Schwefelsäure und Phosphorsäure (minimale Spuren) nachweisen liessen.

b) Bei einem zweiten derartigen Versuche wurde das Wasser bis zu 100 Ccm. concentrirt und dann das darin enthaltene Chlor unter Zusatz von Kaliumchromat mittelst $^1/_{10}$ N. Silberlösung bestimmt. Es waren aus der Hand aufgenommen 0,004615 Gr. Chlor = 0,007605 Gr. Chlornatrium. Nimmt man an, dass die Oberfläche des Körpers ungefähr die 60fache der einen Hand ist, so müsste der Körper unter gleichen Verhältnissen in ein Süsswasserbad innerhalb einer $^1/_4$ Stunde circa

[1]) Neuere Versuche von Dr. Kühler und Dr. Aschoff haben eine derartige Kalkvermehrung im Urin zahlengemäss festgestellt.

0,45630 Gr. Kochsalz abgeben. Um die Richtigkeit dieser Annahmen zu prüfen, wurde folgender

c) Versuch gemacht: Einer von uns nahm ein Bad, zu welchem das Wasser unserer Wasserleitung benutzt wurde. Dem fertigen Bade wurde vor der Benutzung 1 Ltr. Wasser entnommen und ebenso 1 Ltr. nach einer halbstündigen Badezeit. In beiden Proben wurde sowohl die Kalk- wie die Chlormenge bestimmt und Folgendes erhalten: 1 Ltr. des Badewassers enthielt vor dem Bad Chlor entsprechend 20 Ccm. $^1/_{50}$ N.-Silberlösung = 0,0142 Gr. Chlor = 0,0234 Gr. Kochsalz, also in den 200 Ltr. des Vollbades = 4,6800 Gr. Kochsalz. 1 Ltr. des Badewassers enthielt nach dem Bade Chlor entsprechend 22.8 Ccm. $^1/_{50}$ N.-Silberlösung = 0,0162 Gr. Chlor = 0,0267 Gr. Kochsalz, also in 200 Ltr. des Vollbades = 5,3400 Gr. Kochsalz. — Es hatte das Badewasser aus dem Körper demnach 0,6600 Gr. Kochsalz aufgenommen. — Die Kalkbestimmung ergab in beiden Fällen genau 0,1055 Gr. Calciumcarbonat im Ltr. Die bei dem oben beschriebenen Versuche stattgehabte Kalkabgabe der Haut des Gesammtkörpers war also so gering, dass eine quantitative Bestimmung des abgegebenen Kalkes auf diesem Wege noch nicht möglich war.

Versuch II. Um die für uns wichtigsten Resultate über den Chlor- und Kalkgehalt des Urins beim Baden in Kreuznacher Sool- und Mutterlaugenbädern mit den Chlor- und Kalkzahlen beim Baden in Süsswasser vergleichen zu können und um zu sehen, ob die in Versuch I constatirte Zunahme des Salzgehaltes des Badewassers nicht mit einem Verlust des Salzgehaltes des Körpers einhergeht, wurden auf unsere Veranlassung von einem 28jährigen, gesunden, jungen Manne zuerst an 5 aufeinanderfolgenden Tagen eine ganz gleichförmige Ernährung und Muskelthätigkeit innegehalten, dann bei derselben Lebensweise 3 halbstündige Vollbäder mit Süsswasser 28° R. genommen und hernach wieder bei dieser Lebensweise geblieben, um das Abklingen der Wirkungen controliren zu können. Die Zahlen sind in folgender Tabelle zusammengestellt. (Tab. I.)

Während der Badetage wurde also im Durchschnitt pro Tag (9,3527 — 8,0073) = **1,3454** Gr. Chlor = 2,2171 Gr. Kochsalz, sowie (0,26573—0,23954) = **0,02619** Gr. Kalk (CaO) weniger ausgeschieden, als vorher, während nach dem Aussetzen der Bäder der Chlorgehalt in den beiden Beobachtungstagen durchschnittlich (10,0660—8,0073) = **2,0587** Gr. Chlor oder 3,3925 Gr. Kochsalz mehr betrug.

Versuch III. Nachdem so die Salzabgabe des Körpers in Bädern mit destillirtem Wasser und in Süsswasserbädern zahlengemäss zum Ausdruck gekommen war, lag der Versuch nahe, ob Salze aus dem Badewasser durch die Haut aufgenommen werden. Die alte Frage, ob die intacte Epidermis resorbirt oder nicht, durfte von uns nicht übergangen werden, wenn wir uns nicht durch positive Resultate zu fehlerhaften Schlüssen wollten verleiten lassen. Einem Soolwasservollbade wurde 100 Gr. Jodkalium zugefügt und der Urin 3 Tage lang auf Jod untersucht. An den beiden ersten Tagen konnte Jod nicht nach-



Tabelle I.

Süsswasserbäder 28° R. 30 Min.	Urinmenge von 12—12 Uhr Mittags ger. in Ccm.	Spec. Gewicht	Chlor in %	Chlor Tagesmenge in Gr.	Kalk (Ca O) in %	Kalk Tagesmenge	Chlor im Durchschnitt	Kalk im Durchschnitt
28./I.—29./I. 1897	1950	1,0200	0,6532	12,7384	0,01434	0,27963	Vor den Badetagen: 9,3527 Gr. pro 24 St.	Vor den Badetagen: 0,26573 Gr. pro 24 St.
29./I.—30./I.	1700	1,0210	0,6177	10,5029	0,01882	0,31994		
30./I.—31./I.	2200	1,0080	0,3692	8,1224	0,00807	0,17754		
31./I.—1./II.	1920	1,0170	0,3195	6,1344	0,01210	0,23234		
1./II.—2./II.	1500	1,0260	0,6177	9,2655	0,02128	0,31920		
I. Bad 2./II.—3./II.	1700	1,0130	0,4686	8,0662	0,01098	0,18666	Während der Badetage: 8,0073 Gr. pro 24 St.	Während der Badetage: 0,23954 Gr. pro 24 St.
II. „ 3./II.—4./II.	1850	1,0150	0,4189	7,7496	0,01366	0,25271		
III. „ 4./II.—5./II.	1830	1,0180	0,4473	8,2060	0,01526	0,27926		
ohne Bäder 6./II. bis 7./II.	1880	1,0140	0,6035	11,3458	—	—	Nach den Badetagen: 10,0660 Gr. pro 24 St.	—
7./II.—8./II.	1650	1,0150	0,5325	8,7863	—	—		—



gewiesen werden, am dritten Tage gelang der Nachweis einer allerdings ausserordentlich minimalen Jodmenge nach folgender Methode:

1 Ltr. Urin wurde nach Zusatz von etwas Kalilauge zur Trockne verdampft, der Rückstand mehrmals mit starkem Alkohol ausgekocht, diese alkoholische Lösung, die etwa vorhandenes Jod enthalten musste, filtrirt und wieder zur Trockne verdampft. Dann wurde der Rückstand in etwas Wasser gelöst, mit verdünnter Schwefelsäure stark angesäuert und nach Zusatz von soviel Chlorwasser, dass die Mischung deutlich darnach roch, aus einem Kolben mit Glasaufsatz mittelst durchstreichender Wasserdämpfe destillirt. Etwa vorhandenes Jod musste hierbei mit überdestilliren und konnte in einer Mischung von Natronlauge und Wasserstoffsuperoxyd aufgefangen werden. Letzteres war zugesetzt, um die Bildung von jodsaurem Natron zu verhindern. Das Destillat wurde zur Trockene verdampft und der Rückstand schwach erhitzt, um vorhandene organische Substanz zu zerstören, da gerade letztere das Erkennen sehr kleiner Jodmengen verhindert. Die filtrirte Lösung des Glührückstandes wurde nach Zusatz von salpetrigsaurem Natron und Stärkelösung vorsichtig mit Salzsäure angesäuert und hierbei deutlich eine eben noch bemerkbare, röthlich-violette Färbung, wie sie bei Anwesenheit einer minimalen Jodmenge aufzutreten pflegt, beobachtet. Wurde der Versuch mit der gleichen Flüssigkeit wiederholt, nachdem $^1/_{20}$ Milligramm Jod zugefügt war, so trat eine bedeutend intensivere Reaction ein, ein Zeichen, dass die im Urin gefundene Jodmenge $^1/_{20}$ Milligramm noch nicht erreichte. Der kalorimetrischen Schätzung nach mag die gefundene Jodmenge im Liter ca. $^1/_{25}$ Milligramm Jod betragen haben. Dasselbe Resultat ergab ein Versuch, der in folgender Weise angestellt war:

17½ Pfund Kochsalz, sowie je 500 Gr. Jodkalium und Bromkalium wurden in 150 Ltr. Wasser gelöst und in dieser Lösung, die also fast 6% Salze enthielt, bei 28° R. eine halbe Stunde gebadet. Zur Vermeidung jeder Verflüchtigung von Jod und der Zersetzung des Jodkaliums durch die Fettsäuren des Körpers wurde dem Bade noch 100 Gr. Kalilauge zugefügt, so dass das Wasser schwach alkalisch war. Nabel und Oeffnung der Harnröhre und des Afters waren mit einer dicken Schicht Vaseline vor der Berührung mit dem Badewasser geschützt. Eine halbe Stunde nach dem Bade war Jod im Speichel nicht nachzuweisen; ebensowenig gelang der Nachweis nach einigen Stunden. Auch der Urin enthielt am ersten Tage kein Jod. Am zweiten Tage nach demselben Bade gelang der Nachweis einer äusserst minimalen Jodmenge nach oben beschriebener Methode, während Brom nicht gefunden werden konnte. In beiden Fällen war es also gelungen, den Jodnachweis zu erbringen, es waren die gefundenen Mengen aber so geringe, dass es gewagt wäre, daraus einen Schluss auf die Durchlässigkeit der Haut für Salze zu ziehen.

Versuch IV. *a)* Von der Grundlage dieser Resorptionsversuche aus war eine bemerkenswerthe Zunahme der Kalkabgabe des Körpers — wir

sprechen hier immer vom gesunden Körper — im Harne nicht zu erwarten. Trotzdem wurden die Versuche nicht eingestellt, weil wir nicht an den Widerspruch der Empirie und der wissenschaftlichen Untersuchungsergebnisse glauben konnten. So unterzog sich dann einer von uns und ein College noch einer Reihe von Kreuznacher Sool- und Mutterlaugenbädern unter denselben Cautelen, wie sie bei den Süsswasserbädern beobachtet wurden. Die Resultate der Harnuntersuchungen folgen in den Tabellen II und III.

Wir geben zur Nachprüfung unserer unerwartet günstigen Resultate in folgendem die von uns zur Untersuchung des Harns verwendeten analytischen Methoden an, da es uns selbst wünschenswerth erscheint, dass auch von der berufensten, klinischen Seite diese Experimente wiederholt und die Resultate derselben nachgeprüft werden.

Zur Bestimmung des Chlors wurden 50 Ccm. des Harns mit 50 Ccm. Barytlösung ausgefällt und klar filtrirt. 20 Ccm. dieses Filtrates wurden hierauf mit der genügenden Menge Salpetersäure angesäuert, etwas Eisenammonalaun zugegeben und nun unter Umschwenken solange $^1/_{10}$ Normalsilberlösung zugefügt, bis ein Niederschlag nicht mehr entstand. Hierauf wurde nach Auffüllung des Kölbchens auf 100 Ccm. filtrirt und in 50 Ccm. des Filtrates durch Titration mittelst einer genau auf die Silberlösung eingestellten Rhodankaliumlösung das überschüssige Silber bestimmt. Aus der Differenz der so erhaltenen Werthe war das im Urin enthaltene Chlor leicht zu berechnen. Die Versuche, die bei der ersten Versuchsweise angestellt wurden, zeigten, dass bei Anwendung dieser etwas umständlichen Methode die Resultate mit den nach dem Mohr'schen Titrierverfahren erhaltenen Resultaten fast genau übereinstimmten; so wurde bei den weiteren Untersuchungen dies letztere Verfahren gewählt, indem 5 Ccm. Urin mit mindestens 200 Ccm. destillirten Wasser verdünnt und nach Zusatz von Kaliumchromat direct mit $^1/_{10}$ Normalsilberlösung titrirt wurden. War die Verdünnung eine genügende, so war der Endpunkt leicht zu erkennen und das Resultat ein genaues.

Der Kalkgehalt des Harns wurde gewichts-analytisch bestimmt. Da wegen der im Urin enthaltenen Phosphate eine Fällung des Kalkes mittels Ammonoxalat in ammoniakalischer Flüssigkeit ausgeschlossen war, weil sich dann dem Niederschlage phosphorsaurer Kalk beigemengt hätte, musste folgender



Tabelle II.

Soolbäder mit 10 L. Mutterlauge 30 Minuten Dauer	Urinmenge von 12—12 Uhr Mittags ger. in Ccm.	Spec. Gewicht	Chlor in %	Chlor Tagesmenge in Gr.	Kalk (Ca O) in %	Kalk Tagesmenge	Chlor im Durchschnitt	Kalk im Durchschnitt
15. I.—16./I.	1950	1,0165	0,2130	4,1535	0,00538	0,10491	Vor den Badetagen: 6,3847 Gr. pro 24 St.	Vor den Badetagen: 0,11025 Gr. pro 24 St.
16./I.—17./I.	2050	1,0110	0,2272	4,6576	0,00381	0,07806		
17./I.—18./I.	1800	1,0225	0,5538	9,9684	0,00672	0,12096		
18./I. - 19./I.	1700	1,0135	0,3976	6,7592	0,00806	0,13709		
I. Bad 20./I.—21./I.	1900	1,0190	0,5041	9,5779	0,00583	0,11077	Während der Badetage: 9,5897 Gr. pro 24 St.	Während der Badetage: 0,12969 Gr. pro 24 St.
II. „ 21./I.—22./I.	2700	1,0125	0,4260	11,5020	0,00605	0,16335		
III. „ 22./I.—23./I.	1900	1,0175	0,4047	7,6893	0,00605	0,11495		

Es hat also während der Badetage der Gehalt des Urins zugenommen im Durchschnitt um **3,2050** Gr. Chlor, entsprechend 5,2815 Gr. Kochsalz, sowie um **0,01944** Gr. Kalk (als CaO berechnet), alles für je 24 Stunden berechnet.

Tabelle III.

Soolbäder mit 10 L. Mutterlauge von 28° C. 30 Min. Dauer	Urinmenge von 12—12 Uhr Mittags ger. in Ccm.	Spec. Gewicht	Chlor in %	Chlor Tagesmenge in Gr.	Kalk (Ca O) in %	Kalk Tagesmenge	Chlor im Durchschnitt	Kalk im Durchschnitt
15./XII.—16./XII.	1590	1,0160	0,4686	7,4507	0,01221	0,19414	Vor den Badetagen: 8,8421 Gr. pro 24 St.	Vor den Badetagen: 0,25996 Gr. pro 24 St.
16./XII.—17./XII.	2500	1,0140	0,4402	11,0050	0,01098	0,27440		
17./XII.—18./XII.	1630	1,0210	0,5609	9,1427	0,01792	0,29210		
18./XII.—19./XII.	1520	1,0180	0,5112	7,7702	0,01837	0,27919		
I. Bad 19.—20./XII.	2100	1,0150	0,5750	12,0750	0,01559	0,32693	Während der Badetage: 11,8708 Gr. pro 24 St.	Während der Badetage: 0,35099 Gr. pro 24 St.
II. „ 20.—21./XII.	1950	1,0210	0,7597	14,8142	0,02074	0,40443		
III. „ 21.—22./XII.	2150	1,0160	0,5538	11,9067	0,01848	0,40732		
IV. „ 22.—23./XII.	2300	1,0150	0,4828	11,1044	0,01187	0,27306		
V. „ 23.—24./XII.	2100	1,0165	0,4828	10,1388	0,01546	0,32458		
VI. „ 24.—25./XII.	1500	1,0265	0,7455	11,1825	0,02464	0,36960		

Es hat also während der Badetage die Chlormenge um **3,0287** Gr. = **4,9867** Gr. Kochsalz (mehr ausgeschieden pro 24 Stunden!) zugenommen, die Kalkmenge um **0,09103 Gr. Kalk**, als CaO berechnet pro 24 Stunden!

Weg eingeschlagen werden: 250 Ccm. des Harns wurden mit Ammoniak versetzt und dann soviel Salzsäure zugegeben, dass der zuerst entstandene Niederschlag gerade wieder verschwand. In dieser salzsauren Flüssigkeit konnte die Fällung des Kalkes mittelst Ammonoxalat vorgenommen werden, worauf zur Bindung der freien Salzsäure Natriumacetat zugefügt wurde, um die salzsaure Flüssigkeit in eine essigsaure zu verwandeln, da in einer solchen das Calciumoxalat unlöslich ist. Nachdem die Fällung 24 Stunden auf dem Wasserbade erhitzt worden war, konnte der Niederschlag auf einem Filter gesammelt und ausgewaschen werden. Dann wurde das so erhaltene Calciumoxalat im Platintiegel durch schwaches Glühen in Calciumcarbonat verwandelt, der Tiegelinhalt, um etwa gebildetes Calciumoxyd wieder in Carbonat zu verwandeln, mit etwas Wasser gemischt und unter Zusatz eines Stückchens Ammoncarbonat vorsichtig zur Trockne verdampft. Nach nochmaligem, schwachen Erhitzen konnte das Calciumcarbonat gewogen, und die gefundene Menge auf Calciumoxyd umgerechnet werden.

Ueberschauen wir nun noch einmal die Versuche und ihre Ergebnisse, so lässt sich im Grossen und Ganzen sagen, dass die Gesetze der Diffusion und Osmose doch sich nur in sehr beschränkter Weise bei Bädern zur Erklärung der Veränderung des Stoffwechsels heranziehen lassen. Allerdings liess sich bei den Handbädern in destillirtem Wasser schnell Kalk und Kochsalz im Badewasser nachweisen. Diese Salze sind aber jedenfalls aus den Epidermiszellen ausgelaugt. Der hier nun eintretende Salzmangel wird ja ohne Zweifel durch einen grösseren Salzzufluss aus dem Blute und der subepidermoidalen Gewebsflüssigkeit rasch ersetzt, der auch die Grenze von Epidermis und Cutis überschreiten muss. Nur so findet die bedeutende Abnahme der Chlornatriumausscheidung in den Süsswasserbädern ihre hinreichende Erklärung; während vor den Badetagen pro 24 Stunden 9·3527 Gr. Chlornatrium im Urin auftritt, sinken die Zahlen während der Badetage auf 8·0073 Gr., also um volle 1·3454 Gr.; hernach steigt die tägliche Abgabe um 2·0587 Gr. während der 24 Stunden. — Dem entsprechend sinkt auch während der Süsswasserbäder die Kalkabgabe im Urin von 0·26573 Gr. auf 0·23954 Gr. — also um 0·02619 Gr.

Aber eine irgend therapeutisch zu verwendende Resorption aus den Badesalzen durch die Haut in's Blut hinein findet offenbar nicht statt. Die vitale Kraft der Epidermiszellen ist grösser, als die osmotische Kraft der Salze, von denen man hätte annehmen sollen, dass sie von aussen nach innen hätten vordringen können. Wenigstens sind die Mengen, die die Grenze von Cutis und Epidermis passiren, nur minimale. Dass aber trotzdem das Baden in Soolbädern, besonders mit Zusätzen von Kreuznacher Mutterlauge, einen geradezu erstaunlichen Einfluss auf den Stoffwechsel hat, beweisen Versuch IV *a* und *b*. Der Zuwachs an Chlor beträgt im Durchschnitt 3·2 Gr. mehr als vorher (6·3 Gr.), also um mehr als die Hälfte, der an Kalk um den 10. Theil der ursprünglichen Menge, in Versuch *a*. In Versuch *b* beträgt der Chlorzuwachs den dritten Theil der früheren Menge, aber wieder dieselbe Grösse 3·0 Gr., während der Kalkzuwachs hier die Hälfte beträgt 0·1 Gr.

Diese Zahlen sind um so massgebender und zuverlässiger, als die zu den Versuchen herangezogene Organismen durchaus gesunden Männern von 28—30 Jahren gehören. Dass dieser gesteigerten Salzausfuhr auch eine quantitativ gesteigerte Harnmenge entspricht, ist nicht zu verwundern.

Wider Erwarten hat sich also ergeben, dass durch Baden in Kreuznacher Sool- und Mutterlaugenbädern im Organismus der Menschen die Kalkausscheidung im Harn und das Kochsalz im Harn einen bedeutenden und chemisch genau zu berechnenden Zuwachs erfährt. Es fragt sich nun, ob derselbe als ein Massstab für den Zuwachs des Umsatzes an Chlornatrium und Kalk in den Geweben gelten kann. Wir glauben dies, wie auch Rüdel es gethan hat, bejahen zu können. Sicher gestattet die Menge des Harnkalkes und -Chlors einen ungefähren Schluss auf die Gesammtausscheidung und Gesammtresorption.

Als das Hauptergebniss dieser Arbeit betrachten wir die ziffermässig nachgewiesene Thatsache, dass bei Bädern mit Zusatz von Kreuznacher Mutterlauge eine Steigerung des Kalkumsatzes im gesunden Körper der Menschen stattfindet. Die gleichfalls bei den starken Soolbädern[1]) beobachtete Zunahme

[1]) Kreuznacher Mutterlauge enthält bekanntlich in 1000 Theilen
Chlorcalcium 210.9250

3*

der Chlornatriumausscheidung im Harne ist eine Bestätigung früherer Arbeiten von Keller[1]) und dürfte in Balneologenkreisen einiges Interesse erregen. Das Wie dieser Steigerung der Salzabgabe aufzuklären, dürfte schwierig sein. Eine zur Erklärung ausreichende Resorption von Kalk- und Chlorsalzen durch die Haut ist nicht wahrscheinlich und unsere Jodbäder haben uns nicht überzeugen können, dass dieser Weg zur Resorption verwerthet wird. Es bleibt nur übrig anzunehmen, dass der gesteigerte Umsatz durch nervösen Einfluss von dem peripheren Nervensystem ausgelöst wird.

Chlorstrontium	11.4010
Chlormagnesium	14.2600
Brommagnesium	6.4006
Jodmagnesium	0.0090
Chlorkalium	5.5254
Chlornatrium	36.1000
Chlorlithium	25.4300
Chlorcaesium	Spuren
Chlorrubidium	„
Fester Rückstand	310.0510
Spec. Gewicht	1.3095

[1]) Keller. Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. 1891. Ueber den Einfluss von Chlornatrium auf den normalen Stoffwechsel.

Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten des Prof. Kaposi und dem Institute für pathologische Histologie und Bakteriologie des Prof. Paltauf.

Pemphigus vulgaris und vegetans

mit besonderer Berücksichtigung der Blasenbildung und der elastischen Fasern.

Von

Dr. **Friedrich Luithlen,** Wien.

(Hierzu Taf. III.)

Kaum eine Hautkrankheit steht jetzt so im Vordergrunde der Discussion, kaum eine ist der Gegenstand so vieler Publicationen, Erörterungen und verschiedener Ansichten als der Pemphigus.

Ganz abgesehen von der noch viel umstrittenen Aetiologie, ob auf nervöser oder bakteritischer Grundlage beruhend, ist in neuerer Zeit durch die von Duhring aufgestellte Dermatitis herpetiformis, sowie durch die von einem Theile der Dermatologen vorgenommene Abtrennung des Pemphigus vegetans vom Krankheitsbilde des Pemphigus die Kenntniss eher gestört als gefördert worden, da die für die eine Abart aufgestellten Symptome, so weit sie nicht anderen schon längst bekannten Processen (Erythema multiforme bullosum, Herpes Iris u. A.) angehören, nicht abweichen vom gewöhnlichen Bilde, die Abtrennung der zweiten Form aber, wie Kaposi gezeigt, nicht mit den klinischen Erfahrungen übereinstimmt. Es dürfte deshalb nicht ohne Interesse sein, die histologischen Befunde zweier von mir untersuchten Fälle von Pemphigus vulgaris und vegetans mitzutheilen, sowie über die beim Vergleiche der Befunde sich ergebenden Resultate zu berichten.

Meinem verehrten Lehrer Herrn Prof. Kaposi sage ich an dieser Stelle für die gütige Ueberlassung der Fälle, sowie für das Interesse, das er an meiner Arbeit nahm, meinen besten Dank.

Herrn Prof. Paltauf, in dessen Laboratorium die Untersuchungen ausgeführt wurden, bin ich für die Ueberprüfung meiner Befunde zu bestem Danke verpflichtet.

Das erste von mir untersuchte Hautstück von Pemphigus vulgaris stammt vom linken Vorderarme einer auf der Klinik Kaposi vom 6. Juni bis 16. Dec. 1895 behandelten Patientin, deren Krankheitsgeschichte ich in Kurzem mittheilen will.

Frau M. M., 43 Jahre alt, aus gesunder Familie, 5mal entbunden, Kinder leben, sind gesund, war bis 7 Monate vor der Aufnahme mit Ausnahme acuter Infectionskrankheiten stets gesund.

Die Blasenbildung begann an der Brust und verbreitete sich allmälig über den ganzen Körper; Patientin war vor der Aufnahme in das allgemeine Krankenhaus in Wien (Journ. Nr. 12395) bereits zweimal in Spitalsbehandlung gewesen, einmal 10 Wochen im allgemeinen Krankenhaus in Linz O.-Oest., einmal 7 Wochen im Bürgerspitale in Wels O.-Oest. Patientin zeigt bei der Aufnahme neben den auf die früheren Eruptionen hindeutenden Veränderungen der Haut, besonders scheibenförmigen Pigmentationen, das typische Bild einer acuten Blaseneruption bei Pemphigus vulgaris; über den ganzen Körper zerstreute Eruption von Blasen in allen Stadien und Grössen, auch Blasenbildungen der Mundschleimhaut. Innere Organe normal; im Urin kein Eiweiss, Zucker, Indican.

In der Zeit vom 6.—28. Juni treten sowohl an Extremitäten als am Stamme zahlreiche neue Blasen auf. Am 28. Juni Schüttelfrost mit Collaps, der aber bald vorüber geht. Am 29. zerstreute Nachschübe am ganzen Körper. Am 4. Juli klagt Patientin über Athembeschwerden; es wird Bronchialkatarrh constatirt, Giesshübler ordinirt. Am 5. Juli ist der bis dahin klare und normale Urin trübe, enthält reichlich Eiweiss hyaline und granulirte Cylinder, in jedem Gesichtsfelde einige Leukocythen. Seine Menge ist vermindert. Am 6. keine Nachschübe, Abends Dyspnoe: es wird Strophantus gegeben. Am 8. vorne untere Seitenstechen; am 9. wird beiderseitiges pleuritisches Exsudat constatirt. Eiweissgehalt des Urin reichlich. Am 13. subjectives Befinden der Patientin besser; am rechten Unterschenkel Blasennachschub. Die 24stündige Harnmenge 1200 Ccm. Am 16. sinkt sie auf 500 Ccm., am 17. 900 Ccm.; Eiweissgehalt im gleichen; Sputum blutig tingirt. Am 18. 650 Ccm. Harn, am 19. 720 Ccm.; in der Nacht Collaps, Herzschwäche: auf Aetherinjection Besserung. Am 20. 1100 Ccm., am 21. 950 Ccm., am 22. 1100 Ccm., am 23. 720 Ccm. Harn. Beiderseits tritt pleuritisches Reiben auf; über Unter-



lappen links hinten Dämpfung, sowie gross- und kleinblasiges Rasseln. Sputum noch immer blutig tingirt. Am 24. Harnmenge 1100, Esbach zeigt 1‰ Eiweiss. In der Zeit vom 14.—24. Juli gar keine Nachschübe. Am 24. Nachschübe an den Armen.

In der Zeit vom 25. Juli bis 26. August ist der Verlauf folgender: Die 24stündige Harnmenge schwankt zwischen 950 und 1300 Ccm.; der Eiweissgehalt nimmt stetig ab, so dass bereits am 2. August nur ¼‰ Esbach ist; die Nachschübe zuerst vereinzelt und regionär und nicht täglich, nehmen immer mehr zu; am 7. August Nachschübe am ganzen Körper. Am 16. August ist der Urin vollkommen eiweissfrei, Harnmenge 1400 Ccm. In der Zeit bis zum 29. August täglich Blasennachschübe. Am 30. massenhafte frische erbsen- bis kreuzergrosse Nachschübe an den unteren Extremitäten. An den Streckseiten der Vorderarme massenhafte kleine, weissliche leicht über das Niveau erhabene Stellen, die entweder einzeln stehen oder in Gruppen von unregelmässig länglicher Form (1—2 Cm. lang) angeordnet sind. (Milien.) Lungen bis auf leichte katarrhalische Bronchitis normal; Urin vollkommen normal.

Im September zahlreiche, alle 1—3 Tage auftretende Nachschübe von prallen Blasen am ganzen Körper, am 16. eine erbsengrosse Epitheltrübung am harten Gaumen.

Im October zahlreiche Nachschübe von erbsen- bis haselnussgrossen Blasen am Stamme und an den Extremitäten. Am 18. Epithelverluste im Munde; an der Unterlippe eine erbsengrosse, an der Wangenschleimhaut eine guldengrosse Stelle. Am 21. Excision eines Hautstückes mit Blase am linken Arme unter Cocainanästhesie.

Im November lassen die Blasennachschübe nach; vom 29. November bis zur Entlassung keine neuen Blasen mehr. Patientin wird am 16. December 1895 mit folgendem Schlussstatus gebessert entlassen:

Am ganzen Körper zerstreut rundliche, erbsen-, kreuzer- und guldengrosse, gruppirte, oder in Kreisen oder bogenförmigen Linien stehende hellbraune Pigmentflecke. Allgemeinbefinden und Ernährung gut. Urin vollkommen frei von fremden Bestandtheilen; innere Organe normal.

Das etwa kaffeebohnengrosse Stück wurde in steigendem Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet.

Es zeigt makroskopisch im Centrum eine leichte, succulente Erhebung; an der Peripherie scheinbar normale Haut.

Ich will jetzt den histologischen Befund sowohl der Randpartie als der entwickelten Blase beschreiben.

Am Rande der Blase, scheinbar unveränderter Haut; Epidermis den Papillen vollständig anliegend, in allen ihren Schichten deutlich contourirt und gefärbt. Die Lagerung der Zellen in den obersten Schichten vollkommen normal, zeigt

in den tieferen Schichten entsprechend dem Höhepunkte der später unten zu beschreibenden Papillen eine bogenförmige, mit der Convexität gegen die Hornschicht zeigende Verschiebung, die Zellen, die der Convexität des Bogens entsprechen, zeigen bei Abplattung ihrer Form eine verminderte Tinctionsfähigkeit des Protoplasmas sowie leichte Granulirung, sonst aber keine Veränderungen, namentlich kein Oedem, keine Vacuolen-Bildung. Die zwischen die Papillen hineinziehenden Rete-Fortsätze zeigen in ihrem untersten Theile öfters eine wirbelartige, concentrische Anordnung der deutlich tingirten Zellen.

Die Papillen ödematös gequollen, geschwollen, zeigen erweiterte Lymphräume und Lymphgefässe und sind von meist einkernigen Leukocyten durchsetzt, die besonders dicht längs und um die Gefässe angeordnet sind. Das subpapillare Gefässnetz stellt sich dar als eine ziemlich breite unter den Papillen verlaufende ausserordentlich kernreiche Zone. Der Zellenreichthum beruht auf der ausserordentlich dichten Anhäufung von Zellen um die Gefässe herum; die Gefässe selbst zeigen ausser Hyperämie und etwas verminderter Tinctionsfähigkeit der Capillarwandungen keine Veränderungen, keine Erweiterung. Die Zellen sind zum grössten Theile mono- und einzelne polynucleäre Leukocyten, vereinzelte Plasmazellen, sehr viele Mastzellen. Die elastischen Fasern der Papillen fast vollkommen geschwunden; die oberen fehlen, die tieferen treten nur undeutlich hervor. Die tieferen Schichten des Coriums zeigen leichte Aufquellung der Faserbündel, keine Veränderung der in ihnen liegenden epithelialen Gebilde; die Gefässe etwas erweitert.

Schnitt durch die entwickelte Blase.

Das Rete, von fast derselben Breite wie an den nicht veränderten Stellen, ist von den Papillen abgehoben, zeigt aber noch eine diesen entsprechende wellige untere Grenze. Es ist etwas lichter in der Färbung als normal, die obersten Schichten normal structuirt und angeordnet, die tieferen Schichten aus abgeplatteten, spindelförmig gestalteten, dicht aneinander liegenden Zellen bestehend. Die den Retefortsätzen entsprechenden, jetzt aber nur bucklig gegen das Blasenlumen vorragenden,



tiefsten Theile des Rete zeigen zwiebelschalenartige Anordnung der Zellen, die alle, bis auf die den Kern bildenden, gut tingirt sind; diese letzteren haben sowohl ihre Structur als Färbbarkeit grösstentheils eingebüsst. Den platten untersten Retezellen anliegend ist eine schmale, kaum mehr tingirte Zone, die aber doch noch deutlich als aus des Kerns verlustig gewordenen und auch in ihrem Protoplasma in Bezug auf Tinction veränderten, granulirten Cylinderzellen besteht. Unter dieser, der in seiner grössten Höhe 0·2 Mm. hohe Blasenraum, der von einem weitmaschigen, unregelmässigen, in den tieferen Schichten dichterern und auch stark fädigeren Fibrinnetzwerke durchzogen ist.

In den Maschen des Netzwerkes zahlreiche Leukocyten mit meist segmentirten oder mehreren dunkel gefärbten Kernen und vereinzelte Mastzellen. An einzelnen Stellen sieht man, wie der Blaseninhalt mit seinen Zellen zwischen die obere Cylinderzellenschichte und das Rete sich einschiebt, die untersten Retezellen aus ihrem Zusammenhange drängt und so beginnt sich in das Rete einzuwühlen. Zwischen einzelnen Papillen stecken noch die Retezapfen, die unten normal breit, sich nach oben entsprechend den kolbigen Papillen verschmälern, hie und da frei in den Blasenraum hineinragend; Zellen derselben normal; einzelne ovale den Retezapfen entsprechende Klumpen von Rete liegen oberhalb der Papillen frei im Blasenraum.

Papillen deutlich contourirt, des Epithelbelages vollkommen entblösst, kaum gefärbt, zeigen lockeres, weitmaschiges Gefüge mit feiner Körnung; die Zellen zeigen die bekannte sternförmige Gestalt, wie sie insbesondere mit der Nissl'schen Fuchsinmethode deutlich hervortritt. Die Zelleninfiltration, bedeutend stärker wie in dem oben beschriebenen Stadium, ebenso wieder längs der Gefässe, aber auch entfernt von diesen, frei im Gewebe führt zu dem noch stärker perivasculäre Infiltration des Gewebes zeigenden subpapillären Gefässnetze; in diesem Stadium sind hier ebenso wie in den Papillen die Mastzellen vorherrschend, ist auch die Zahl der polynucleären Leukocyten grösser wie in dem erstbeschriebenen Stadium. Die Gefässe zeigen dieselben Verhältnisse wie im früher beschriebenen Stadium. Die tieferen Schich-

ten des Coriums zeigen eine lichte gleichmässige Färbung mit weitmaschiger Structur, überall deutlich erhaltenen Kernen, soweit nicht Haarbälge, Schweissdrüsen und deren Ausführungsgänge sich als kernreiche und dadurch dunklere Inseln abheben. Die Schweissdrüsen zeigen leicht ödematöse Quellung der Cuticula, hie und da hydropische Degeneration und Abstossung der Drüsenzellen.

Die elastischen Fasern in dem Corium bis zur subpapillären Gefässschichte normal in Gestalt, Stärke, Färbung, bis auf die Fasern der Schweissdrüsen, die lichter gefärbt, verwaschen und auch schwächer als normal durch die Färbung hervortreten. Von der subpapillären Gefässschicht nach aufwärts nehmen die elastischen Fasern sowohl an Stärke, Zahl und Tinctionsfähigkeit ab und zwar entsprechend dem nach oben hin zunehmenden Oedeme, während sie sich am längsten in der Umgebung der Gefässe der subpapillären Schichte erhalten trotz der dort am stärksten ausgeprägten Zelleninfiltration. Weiter nach oben hin zeigen sie Knäuelform, kolbige Anschwellungen, und verschwinden vollständig.

Ich will jetzt in kurzem die Krankengeschichte und den histologischen Befund des zweiten Falles, den Herr Professor Kaposi so gütig war mir nach Mittheilung des ersten Befundes als Controlle dafür zuzuweisen.

Frau A. K. 60 Jahre alt, verheiratet; (aufgenommen den 28. October 1896 sub Journal Nr. 22677 auf Z. 71. Prot. Nr. 123), stammt aus gesunder Familie; ihr Mann ist gesund; hat dreimal entbunden; die Kinder starben in frühem Alter an acuten Erkrankungen; Patientin war bis auf chronischen Magenkatarrh stets gesund. Die jetzige Krankheit begann 4 Wochen vor der Aufnahme mit rothen Flecken in der rechten Leistenbeuge und am Bauche. Patientin fühlte sich damals sehr matt, hatte Fieber und konnte bereits einige Tage vor dem Auftreten des Ausschlages nicht mehr arbeiten. Drei Tage nach dem Auftreten der Flecke traten an diesen Stellen Blasen auf; dann einige Erythemflecke am Rücken, sowie kleine Blasen.

Der Status praesens bei der Aufnahme war folgender: Patientin, gracil gebaut, schwächlich, abgemagert. Allgemeine Decke und Schleimhäute blass.

An den Streckseiten der oberen Extremitäten, an der Innen- und Beugeseite der Oberschenkel, die Aussen- und Streckseiten theilweise freilassend, am Mons pubis, am Bauche zwischen Nabel und Rippenbogen die Haut in zusammenhängender Fläche etwas elevirt, geröthet. Röthung



in der Peripherie am lebhaftesten, im Centrum abblassend. An den so veränderten Partien zerstreute, vereinzelt stehende bis haselnussgrosse Blasen, dann ebensolche Borken und Krusten. Mundschleimhaut frei. — In den nächsten Tagen treten neue Blasen an den Oberschenkeln auf. Am 6. November Fieberexacerbation über 39°. Am 7. treten an den Armen erbsen- bis nussgrosse Blasen, an beiden Knien mehrere kleine Blasen auf. In der epigastrischen und mesogastrischen Gegend Erytheme in den verschiedensten Formen. In der seitlichen Bauchpartie und in der hypogastrischen Gegend thalergrosse Blasen. Am 13., 14., 15., neue bis thalergrosse Blasen an beiden unteren Extremitäten; Erytheme lebhaft; Temperatur 38.6. In der Zeit bis zum 20. treten zahlreiche schmerzhafte Blasen auf. Am 21. einige hämorrhag. Blasen an den Oberschenkeln. Am Stamm und oberen Extremitäten wenig Nachschübe.

Im December ändert sich das Krankheitsbild wenig; unter Fieberexacerbationen treten periodenweise Blasennachschübe auf, die stets prall gefüllt sind. Am 10. Jänner wird von einem acuten Blasennachschube bei 38·8 Temperatur ein Hautstück mit Blase und mehreren epithellosen Stellen unter Chloräthyl-Anästhesie excidirt. Die Blase bestand zur Zeit der Excision beiläufig 1 Stunde; die epithellosen Stellen entstammten Blaseneruptionen vom Tage vorher.

Im weiteren Verlaufe des Jänner treten noch immer acute Blasennachschübe auf; im Februar nehmen die Nachschübe ab, werden immer seltener. Zur Zeit, Anfang März, treten bei der Patientin nur mehr selten Blasen auf; die früheren Stellen sind alle überhäutet, zeigen Pigmentationen. Allgemeinbefinden der Patientin bessert sich auffallend, ebenso die Ernährung.

Histologischer Befund:

Der Befund an der entwickelten Blase stimmt im grossen und ganzen mit dem im ersten Falle: es ist eine vollständige Abhebung des Rete, Denudirung des Papillarkörpers zu constatiren.

Das Rete, in toto abgehoben, zeigt analoge Verhältnisse in Bezug auf sein Verhalten den Papillen gegenüber; dagegen sind in Bezug auf den Blasenraum einige interessantere Befunde zu constatiren. An einzelnen Stellen hat sich nämlich der Blaseninhalt in das Rete so eingewühlt, dass er nach oben und unten von Rete begrenzt ist, die Blase also scheinbar im Rete liegt. An anderen Stellen hat der Blaseninhalt das Rete vollkommen durchrissen und ist zwischen die Lamellen der obersten verhornten Schichte getreten: hier liegt also die Blase scheinbar in den verhornten Schichten. Noch mannigfaltigere Bilder,



so dass man die Blase im Rete, darunter wieder Blasenraum und endlich am Grunde dieses denudirte Papillen sieht, werden durch das Einwühlen des Exsudates in das Rete erzeugt.

Stets aber ist das Rete an den Stellen, wo die Blase entsteht, bis auf einzelne interpapilläre Zapfen vollkommen abgehoben; es zeigt auch sonst in Bezug auf Verschiebungserscheinungen, Färbbarkeit dieselben Verhältnisse wie im ersten Falle. Der Blasenraum, von ungefähr derselben Höhe, ist dicht erfüllt mit meist mehrkernigen Zellen und zerstörten Retezellen, die in einem feinmaschigen Netzwerke liegen. Die zellige Exsudation ist in diesem Falle viel stärker als in dem ersten.

In ähnlicher Weise sind die Papillen dicht durchsetzt von zelliger Infiltration, ebenso das subpapilläre Gewebe. Die Zellen sind meist mehrkernige Leukocyten, Mastzellen sowie, wieder besonders um die Gefässe, vereinzelt Plasmazellen.

Die Gefässe der oberen Schichten sind ebenso wieder nicht besonders erweitert, nicht besonders hyperämisch, zeigen nur den Mantel von Exsudatzellen.

Die tieferen Schichten leicht ödematös; Blutgefässe stark erweitert, strotzend gefüllt, enthalten viele polynucleäre Leukocyten; um die Gefässe herum Zellenanhäufung von früher beschriebenem Charakter. Die Schweissdrüsen zeigen gequollenes Epithel; die Knäuel dicht durchsetzt von Mastzellen; um die Ausführungsgänge Zellinfiltrationen. Die elastischen Fasern der Papillen im Bereiche der Ablösùng des Rete fast vollkommen geschwunden; an den Stellen, wo die Ablösung beginnt, ist die Färbung nicht mehr distinct: man kann nicht mehr elastische Fasern in den Papillen ausnehmen, sondern sieht nur eine viel hellere, diffuse, verwaschene Färbung des Papillargewebes durch Orcein.

Die elastischen Fasern der tieferen Schichten in Bezug auf Zahl und Verhalten nicht stark verändert; an den Schweissdrüsen Rarefication, an den Gefässen Verminderung und körniger Zerfall derselben.

An den epithellosen Stellen sind die des Epithels entblössten Papillen bedeckt von einer zellreichen Exsudatmasse, die zum grössten Theile aus mehrkernigen Leukocyten

besteht. An einzelnen Stellen sieht man, wie sich von den zwischen den Papillen zurückgebliebenen Retezapfen flache Epithelzellen über die Kuppe der Papille schieben. Die Papillen zeigen dieselbe zellige Infiltration wie bei bestehender Blase; ihre Gefässe sind aber, ebenso wie die der subpapillären Schichte stark erweitert. Das Corium zeigt fast dieselben Verhältnisse wie bei bestehender Blase.

Um mich auf einfacherem Wege als dem der Excision, die ja bei den Patientin immer mit Unannehmlichkeiten verbunden, zu überzeugen, ob die Pemphigusblase stets durch totale Abhebung des Rete entsteht, habe ich sowohl von dem zuerst beschriebenen Falle, als auch von weiteren Pemphigusfällen Blasendecken von den verschiedensten Körperpartien untersucht. Es wurden Blasendecken sowohl von Blasen aller Grössen und Stadien, sowohl prall gefüllte als ganz schlappe Blasen untersucht.

Die Blasendecken wurden mit der Hohlscheere abgetragen, oder einfach mit der Pincette abgezogen, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet.

Die Untersuchung ergab, dass stets die ganze Epidermis abgehoben war; nur einzelne der Retezapfen waren abgerissen; an der Blasendecke hing der ganze Blaseninhalt, das Fibrinnetz mit den darin enthaltenen Zellen.

Im Rete ganz dieselben Verhältnisse wie im excidirten Stücke, die Verschiebungen des Rete, die verminderte Tinction der basalen Schichte, die oft noch so deutlich zu sehen war wie im ersten Falle (siehe Abbildung).

Im Blasenraume oft losgerissene Retezapfen zwischen den Maschen des Fibrinnetzes, meist polynucleäre Leukocyten, Mastzellen, sowie sehr vereinzelte Zellen, die in Bezug auf Form und Tinction den Plasmazellen ähnlich waren.

Das auffallende an dem Befunde der zwei Fälle ist die totale Abhebung des Rete vom Papillarkörper, die geringe Betheiligung des Rete bei diesem Vorgange, sowie das Verhalten der elastischen Fasern. Es ist dies ein von der gangbaren Anschauung abweichender Befund, da nach der allgemein herrschenden Ansicht die Pemphigusblase oberflächlich sitzt, sich zwischen Stratum granulosum und Stratum lucidum bildet.

So schreibt Hebra:[1]) „Die Decke der Blase wird in der Regel von den obersten Hornschichten gebildet, so dass die Blase, wie schon die klinische Erfahrung lehrt, einkämmerig erscheint und sehr oberflächlich lagert. Die Basis derselben bildet ein mässig langfächeriges Rete." Dieser Ansicht schlossen sich fast alle Fachleute an, sie wurde zur herrschenden bis zum heutigen Tage.

Auspitz,[2]) welcher zweimal Pemphigusblasen untersuchte, nahm als Grund der rapiden Blasenentwicklung eine kachektische Beschaffenheit der Stachelschicht, Akantholyse an und beruft sich in Bezug auf den Unterschied der Pemphigusblasen von anderen auf Haight,[3]) welcher eine Abhebung der Hornschichte, aber ohne das bei den entzündlichen Blasen stets vorhandene Maschenwerk fand. Die Annahme von Auspitz fand keine Anhänger, da sie rein hypothetisch zur Erklärung aufgestellt, durch keine anatomischen und klinischen Momente gestützt war. So herrscht die durch klinische und anatomische Befunde gestützte Ansicht Hebra's bis zum heutigen Tage und begreiflicherweise: liess sich doch das Ausheilen der nach Platzen der Pemphigusblasen entstehenden Epithelverluste ohne Narbenbildung, der von allen Untersuchern mitgetheilte gleiche Befund von Retezellen an der Blasenbasis nicht leicht anders erklären, als durch Entstehung der Pemphigusblase im Rete selbst. Wurden späterhin totale Abhebungen der Epidermis von den Papillen doch nur als zufälliger Befund mitgetheilt, so in dem einen Falle von Pemphigus vegetans von Riehl,[4]) späterhin von Sirskey[6]) und in allerneuester Zeit von Du Mesnil de Rochemont,[5]) der ebenfalls dies nur nebenbei erwähnt. Erst in dem meinem verehrten Lehrer Herrn Prof. Kaposi gewidmeten Lehrbuche der Hautkrankheiten von Joseph[6]) (1895, pag. 228) spricht dieser auf Grund von Präparaten, die ihm Buzzi demonstrirt, die Anschauung aus, dass die Bildung der Pemphigusblase mit Abhebung der gesammten Epidermis und Denudirung des Papillarkörpers einhergeht; er bemerkt ferner, dass man zwischen den durch das Oedem kolbig aufgetriebenen Papillen oft Reste von Retezapfen, die in einzelnen Zellen Kerntheilungsfiguren zeigen, findet und daraus wohl die so auffallend rasche Regenerirung



des Epithels erklärt werden kann. Warum die Abhebung des Rete vom Papillarkörper total ist, bemerkt er nicht. Die erste und einzige bisher versuchte Erklärung hiefür gibt Kromayer[7]) in seiner Arbeit „Zur Pathogenese der Pemphigusblasen". Von der Idee ausgehend, wie so es komme, dass eine Exsudation einmal nur eine länger persistirende Quaddel, ein andermal eine acutest aufschiessende Blase, wie bei Pemphigus erzeuge, vermuthete er die Materia peccans in der exsudirten Flüssigkeit. Er machte mit Pemphigusblaseninhalt Versuche an Gefrierschnitten frisch excidirter Haut und fand, dass nach $1^1/_2$stündiger Einwirkung des Blaseninhaltes eine Aufquellung der Cutisbündel, sowie eine Lockerung des Zusammenhanges zwischen Cutis und Epidermis eintrete; das Epithel selber war nur wenig verändert. Ob die Pemphigusblase wirklich durch totale Abhebung der Epidermis von der Cutis entstehe, vermochte er wegen mangelnden Materiales nicht zu entscheiden.

In den Fällen, die ich untersuchte, war ich bestrebt ein möglichst frühes Blasenstadium zu erhalten, beobachtete zu diesem Zwecke den Typus der Blasenbildung und war so in der Lage, makroskopisch noch nicht als Blase erkennbare, sondern nur als leicht succulente Stellen sich darbietende Hautpartien zu excidiren. Meines Wissens ist ein so frühes Stadium der Blasenbildung bei Pemphigus noch nicht beschrieben.

Aus meinen Befunden, besonders aus dem zweiten Falle, ergibt sich, wie so die bisherigen, von meinen verschiedenen Beobachtungen, zu Stande kamen. Bereits in diesem frühen Stadium findet man die Exsudatflüssigkeit zwischen das Rete eingedrungen, findet man den Blasenraum nach oben und unten von Rete begrenzt, ja sogar zwischen den Lamellen der Hornschichte. Sind von den zurückgebliebenen Retezapfen die Papillen mit frischem Epithel überkleidet worden, was ja in sehr kurzer Zeit geschieht, so wird man natürlich den Eindruck erhalten, als ob die Blase im Rete entstanden wäre. Zu derselben Ansicht kann man gelangen, wann man den Blasenraum wie oben beschrieben im Rete findet; dass die Blasse nicht an dieser Stelle entstanden, hätten nur Serienschnitte zeigen können.



Von grosser Bedeutung ist jedenfalls, dass am Blasengrunde zwischen den kolbig aufgetriebenen Papillen Retezapfen zurückbleiben: es ist dies die Erklärung, warum, wie Kaposi besonders hervorhebt, bei Abheilen der durch Abstossen der Pemphigusblasen gesetzten Substanzverluste nie Narben entstehen; diese klinische Beobachtung führte doch auch zur Ansicht, dass die Blase im Rete entstehen müsse, da man a priori annehmen musste, dass bei Denudirung des Papillarkörpers eine Narbe entstehen müsste.

So erklärt das Zurückbleiben der Retezapfen auch warum bei vollständiger Denudirung der Papillenoberfläche, trotzdem keine Narbe bleibt, die in meinen Fällen constatirte Form der Blasenbildung mit den klinischen Erfahrungen über die Heilungsvorgänge in Einklang stehen.

Nachdem die Pemphigusblase durch Abhebung des ganzen Rete entsteht, war wohl eine naheliegende Frage, ob dies ein dem Pemphigus eigenthümlicher Process und wodurch es bedingt sei.

In Bezug auf das erste ist Folgendes zu bemerken: Wie ja allgemein bekannt und anerkannt ist, entstehen oft, um nur das einfachste Beispiel zu wählen, Brandblasen durch totale Abhebung des Rete. Es ist also kein nur bei Pemphigus sich findender Vorgang, auch bei anderen blasenbildenden Processen wird das Rete oft total abgehoben.

Nur ist dies bei anderen Blasen nicht die Regel, es spielen noch andere Momente z. B. Stärke der Exsudation eine Rolle, während bei Pemphigus jede Blase auf diese Weise entsteht.

Die besonders stürmische Exsudation, die bei der Blasenbildung allgemein als Grund totaler Abhebung gilt, ist bei Pemphigus nicht in allen Fällen zur Erklärung heranzuziehen. Entsteht auch erstens die Pemphigusblase meist sehr acut, so findet man doch auch die totale Abhebung in Fällen, wo die Blasenbildung nur mehr sehr spärlich ist (mein erster Fall), sowie in solchen Fällen, wo gar keine grossen, prallen Blasen, sondern nur schlappe, kleine Blasen gebildet werden, also eine geringere Exsudation stattfand, als der Grösse der abgelösten Epidermispartie entspricht. Zweitens ist ja die Abhebung des Rete, wörtlich genommen, nicht total, bleiben doch zwischen



den Papillen Retezapfen zurück; wäre es die stürmische Exsudation, welche die Ablösung des Rete bedingt, so müssten so wie bei einer acuten Brandblase auch die interpapillären Zapfen losgerissen werden, während sie bei Pemphigus zurückbleiben; es müsste Heilung mit Narbenbildung, wie bei solchen Brandblasen, eintreten; als drittes endlich müsste durch eine starke Exsudation Zerstörung des Rete stattfinden, während in der That dieses selbst bei den grössten Blasen bis auf leichte Veränderung der basalen Schichte primär stets vollkommen erhalten bleibt.

Wenn also so, wie ich glaube, die Stärke der Exsudation nicht zur Erklärung der Entstehungsweise herangezogen werden kann, bleiben nur noch ein abnormes Verhalten des Rete oder Corium, sowie der Blaseninhalt selbst dazu.

Ein abnormes Verhalten des Rete, etwa in dem Sinne von Auspitz (Akatholyse) ist nicht anzunehmen; das Rete zeigt gar keine Veränderungen, ist vollkommen gut ausgebildet und erhalten. Ebenso zeigt die Cutis der Pemphiguskranken, an den Stellen, wo keine Blasenbildung stattfindet, keine pathologischen Verhältnisse. Es bleibt also nur der Blaseninhalt. In dieser Beziehung ist in erster Linie die Kromayer'sche Arbeit in Betracht zu ziehen.

Kromayer machte, wie ich oben erwähnte, Versuche mit Pemphigusblaseninhalt an Gefrierschnitten frisch excidirter Haut und fand Lockerung des Zusammenhanges zwischen Cutis und Epithel. Zu gleicher Zeit behandelte er Schnitte mit Säurepepsin, 0·6 NaCl-Lösung und destillirtem Wasser. Bei den mit Säurepepsin behandelten Schnitten war nach $^1/_2$ St. die subkeratohyaline Epithelschichte zerstört; die in destillirtem Wasser und NaCl-Lösung befindlichen Schnitte zeigten nach $1\,^1/_2$ St. keine Veränderung. Zuerst machte ich die Versuche Kromayer's nach; ich kann sie vollinhaltlich bestätigen. Da aber bisher keine Angabe darüber vorliegt, wie überhaupt ein Blaseninhalt, in dieser Art verwendet, wirkt, machte ich Parallelversuche mit Pemphigusblaseninhalt und Brandblaseninhalt an Gefrierschnitten frisch excidirter Haut: ich fand, dass, während bei Pemphigusflüssigkeit die Lockerung des Zusammenhanges zwischen Epithel und Papillen prompt eintrat, bei Brandblasen-



exsudat dies in derselben Zeit nicht der Fall war: das Corium zeigte keine Auflockerung und Quellung, afficirt war höchstens das Epithel und zwar besonders in den tieferen Schichten.

Es tritt also, wie Kromayer gefunden und ich bestätigen kann, durch Pemphigusflüssigkeit eine Lockerung des Zusammenhanges zwischen Corium und Epithel ein; ein anderer Blaseninhalt, z. B. Brandblaseninhalt hat, wie ich hinzufügen kann, diese Eigenschaft nicht.

Tritt zwischen 2 Geweben eine Lockerung des Zusammenhanges auf, so muss ein Gewebe, oder wenigstens der Theil desselben, durch welches es mit dem anderen zusammenhängt geschädigt sein, wenn nicht nur mechanische Momente (Acuität der Exsudation) die Trennung bewirken. Die Exsudationsstärke kann nach den obigen Ausführungen wohl nicht zur Erklärung dienen; das Rete selbst kann ebenfalls nicht herangezogen werden, es müsste denn die Einwirkung der Exsudationsflüssigkeit auf die basale Schichte, welche ja leicht verändert wird, dies bewirken. Doch ist dies nicht anzunehmen, da auch die Cylinderzellenschicht bei dem allerersten Stadium der Blase, beim Beginne der Trennung, keine wahrnehmbaren Veränderungen zeigt und erst, wenn sie weit von der Papillaroberfläche abgehoben wird, in früher beschriebener Weise Veränderungen der Tinctionsfähigkeit etc. zeigt.

Es bleibt also nur die Cutis, respective ein Element derselben. Das kollagene Gewebe ist nach meinen Befunden stark gequollen; die elastischen Fasern sind an den Stellen, wo die Ablösung stattfindet, verschwunden u. z. nehmen sie stets dem Grade der Exsudation nach ab, während sie (bei P. vulgaris) in der dichtesten Zelleninfiltration erhalten bleiben.

Da die elastischen Fasern nun nach den neuerdings wieder von Schütz[9]) hervorgehobenen Beziehungen derselben zum Epithel, dem Zusammenhange der feinsten Fasern mit der Epithelstachelung, wohl als verbindendes Glied zwischen Corium und Epidermis anzusehen sind, so dürfte dem Befunde, dass Epithelablösung und Verschwinden der elastischen Fasern Hand in Hand gehen, wohl einige Bedeutung beigelegt werden müssen.



Immerhin müsste diesem auffälligen Befunde, dass die elastischen Fasern durch das Exsudat bei Pemphigus so stark beeinflusst werden sollten, durch Vergleiche mit anderen exsudativen Processen eine Erklärung zu geben versucht werden. Ich habe darum das Verhalten der elastischen Fasern sowohl bei Verbrennungen als bei Variola u. z. unter anderem bei der besonders acuten Form derselben untersucht und die elastischen Fasern auch bei den schwersten Processen, den hämorrhagischen, erhalten gefunden.

Es dürfte deshalb wohl die Annahme gerechtfertigt sein, dass die Exsudationsflüssigkeit bei Pemphigus eine besondere Wirkung auf das elastische Gewebe hat, und so in Folge dieser die Entstehung der Pemphigusblasen zu erklären wäre.

So befremdend eine solche Wirkung auf das elastische Gewebe, das ja selbst den stärksten chemischen Agentien Widerstand leistet, im ersten Augenblicke ist, so wird man ja auch in anderen Fällen dazu gezwungen, eine besondere Einwirkung auf das elastische Gewebe anzunehmen.

So beobachtete Du Mesnil de Rochemont,[10]) dass bei Lupus um den Herd herum eine sonst ganz normale, beiläufig linienbreite Zone sei, die aber gar keine elastischen Fasern enthalte; er bemerkt hiezu, es mache den Eindruck einer Verdauung der elastischen Fasern, die weit über das eigentliche Geschwulstgebiet reiche. Ich kann diese Beobachtung bestätigen, man kann es besonders in der Peripherie älterer Lupusherde beobachten. Hinzufügen möchte ich noch, dass überhaupt im Gewebe tuberculöser Entzündungen, Lupus und Tuberculosis verrucosa, auch an den Stellen, wo kein specifisch tuberculöses Gewebe, sondern nur Infiltration ist, doch keine elastischen Fasern zu finden sind, während man bei vielen anderen Processen in den üppigsten Zellinfiltrationen doch deutliche elastische Fasern findet, so bei Carcinom, Sarcom und Mycosis fungoides.

Es können also jedenfalls elastische Fasern nicht nur durch mechanische Momente zerstört werden, sondern auch einem chemischen Einflusse unterliegen. Die Exsudation allein ist es nicht, welche die Fasern zum Verschwinden bringt, denn



bei anderen acuten exsudativen Processen (s. o.) sowie auch bei chronischen z. B. den chronischen Oedemen mit Gewebsneubildung findet man sie vollkommen erhalten.

Nach allem kann ich mich der Ansicht nicht verschliessen, dass die Exsudationsflüssigkeit bei Pemphigus der Grund der totalen Abhebung ist, dass der Schütz'sche Befund (Zusammenhang der elastischen Fasern mit dem Epithel) sowie das in meinen Fällen gefundene Verschwinden der elastischen Fasern in Connex zu einander stehen.

Der Fall von Pemphigus vegetans, von dem meine Präparate stammen, ist der von Herrn Prof. Kaposi auf dem V. dermatologischen Congresse in Graz eingehend besprochener Fall. In Bezug auf die genaue Krankengeschichte (bis 8. Sept.) kann ich daher auf den in den „Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft V. Congress 1895" wiedergegebenen Vortrag des Herrn Prof. Kaposi hinweisen und an dieser Stelle nur, zur besseren Besprechung des Falles, einen kurzen Auszug der Krankengeschichte mittheilen.

Br. G., 38 Jahre, Comptoirist aus Breslau, Z. 33. Journ. Nr. 12684, aufgenommen am 11. Juni 1895. Patient angeblich bis zum 17. Lebensjahre gesund; in diesem Gonorrhoe, die häufig recidirirte. Im Jahre 1881 Ulcus am Gliede mit Leistendrüsenvereiterung. Kein Exanthem, keine antiluetische Cur.

Im Jahre 1882 Ausschlag an der Stirne, Halsschmerzen; Behandlung mit Injectionen. In den Jahren 1892 und 1894 Verdickungen der Schienbeine, Schmiercur. Im Jänner 1895 Kratzen im Halse, am Kopfe Knötchen. Im Februar mehrere Wochen lang heiser; Geschwüre im Munde und Schwellung des Zäpfchens. Nase verstopft.

Seit März 1895 begannen die krankhaften Veränderungen der Haut, wie sie zur Zeit der Aufnahme zu constatiren waren. Keine Schmerzen, kein Jucken. Schlaflosigkeit und besonders körperliche Schwäche. Appetit gut. Fieber seit Februar, mässig (37·9—38·5). In der letzten Zeit graues Pflaster und Schwefelbäder, Lapisirung der Mundgeschwüre.

Stat. praesens vom 11. Juni 1895.

Pat. kräftig gebaut, abgemagert. An Brust und Bauch ca. 20 zerstreute, fingernagelgrosse Herde, dunkelroth, in der Mitte zum Theil eingesunken, theils Bläschen tragend, ihr Rand von Bläschen und Knötchen gebildet. Gleiche Herde in der linken Achselhöhle, einzelne am Rücken. An der rechten Schulter Pemphigus miliaris. Zu beiden Seiten des Genitale ein schmetterlingsförmiger Krankheitsherd, der sich handtellerbreit auf die Leistenbeugen erstreckt, die Innenfläche der Ober-

schenkel einnimmt, rückwärts sich bis zur Höhe des 1. Kreuzwirbels ausbreitet. Der Grund des Herdes besteht aus linsen- bis hellergrossen, fleischrothen, drusigen papillären Excrescenzen, die theils nässend ein übelriechendes Secret absondern, theils von Borken bedeckt sind. Am Rande Knötchen, Bläschen und Epidermislamellen.

Aehnliche Herde von solch gefurcht höckerigen Aussehen, aus papillären, drusigen Exc. zen bestehend, am Rande mit Bläschen an der rechten Ellenbeuge, über der rechten Spina ossis ilei, an der Brust; ähnliche Herde am Nacken, Hals, Kinn, im rechten äusseren Gehörgang.

An den Füssen die Haut mit Ausnahme der kleinen Zehen geröthet, verdickt, nässend, mit Borken besetzt. Mundschleimhaut nichts. Kehlkopf frei; im Urin kein Eiweiss, kein Zucker.

Im Juni treten unter leichtem Fieber Nachschübe in Form von Blasen und Knötchen sowohl am Rande der Herde, als auch neue Blaseneruptionen, die zum Theil Foliaceusformen zeigen. Vegetationen vergrössert. Patient verfällt. Im Juli und August Abflachung der Vegetationen, nur spärliche Blasennachschübe, Neigung zur Ueberhäutung, Pigmentationen. Am 8. September Nachschübe an der Zungenspitze.

Bis Ende September Blasennachschübe an den Extremitäten, am Abdomen einige Foliaceusformen, d. h. in unregelmässigen Zügen begrenzte, von Epidermis entblösste, fleischrothe Stellen. Im October Nachschübe am linken Augenlide, sonst Abflachen der Vegetationen in der Achselhöhle und Leistenbeugen, Ueberhäutung der erodirten Stellen. Bis Ende November keine Nachschübe, alle Epithelverluste unter Borsalbe in Ueberhäutung. Allgemeinbefinden gut. Im December eine nach 14 Tagen sich zurückbildende Anschwellung der ganzen linken unteren Extremität, dann Blasennachschübe an der linken Hand, Lippen, Zunge, Gaumen. Ende December in der linken Achselhöhle ein Abscess; Spaltung desselben.

Mitte Jänner 1896 ist folgender Status: Alle Vegetationen bis auf zwei Stellen in der Crena ani und in den Achselhöhlen vollständig zurückgebildet. An den erwähnten Stellen über das Hautniveau 3—4 Mm. erhabene, drusige, der Hautfelderung entsprechende Bildungen. An der linken Fusssohle, auf den Fussrücken übergreifend auf einer frisch überhäuteten Stelle zahlreiche stecknadelkopfgrosse Eiterpusteln. Am rechten Fusse in der Gegend des Trochanter major eine 8 Cm. lange, 2 Cm. breite, von Epidermis entblösste Stelle, wo das Corium rothnässend freiliegt. Die Begrenzung ist in einer serpiginösen Linie, daselbst die Epidermis abgehoben.

Im Februar beginnt Emaciation; in der Kniekehle Blasennachschübe, sonst Ueberhäutung. Am 21. Februar Anschwellung der ganzen linken unteren Extremität, Blasennachschübe an der rechten Wange. Am 27. in der Mitte des Rückens ein kindshandgrosser, von Epithel entblösster Herd; Umgebung desselben suffundirt; am linken Trochanter



ebenfalls eine des Epithels entblösste Stelle. Patient wird auf eigenes Verlangen in das Wasser gebracht; Decubitus.

Am 28. Früh Exitus letalis.

Die am 29. d. M. vorgenommene Obduction ergab ausser der in Rückbildung begriffenen Hautaffection Folgendes: linksseitige serofibrinöse Pleuritis mit Compression der ganzen Lunge, externe Pericaritis, braune Atrophie des Herzens, Atrophie der Milz und Leber. Narben auf der Zunge nebst Epithelverlusten.

Auch dieser Fall von Pemphigus vegetans begann also, wie es mit den Angaben in der Literatur (siehe Herxheimer [13]) sowie dem von jeher von Kaposi vertretenen Standpunkte in Einklang steht, mit Blasenbildung und hatte auch zur Zeit der vegetirenden Eruption dabei noch immer Blasennachschübe.

Dass in diesem Falle der Pemphigus wahrscheinlich zuerst auf der Schleimhaut, oder wenigstens ziemlich zu gleicher Zeit mit dem Erscheinen auf der äusseren Haut, begann, ist ebenfalls nichts besonders auffallendes, denn wie Kaposi (siehe Vortrag Graz) in der Besprechung des Falles betont, gibt es Pemphigusfälle, wo der Schleimhautpemphigus dem Pemphigus der allgemeinen Decke wochen-, jahrelang vorausging.

Ich untersuchte von diesem Falle zwei Hautpartien, eine typisch condylomatöse Stelle von der vorderen Achselfalte, und einen beetartig erhabenen Herd vom Oberschenkel. Der Befund an der typisch condylomatösen Partie von der vorderen Axillarfalte war folgender:

Die Oberfläche zeigt theils spitze, oft gabelige oder am oberen Ende kolbig angeschwollene oder breitwarzige Erhebungen, zwischen denen tiefe, oft einen ganzen Papillenhöhe entsprechende, unregelmässig geformte, meist buchtige, seltener spitzzulaufende Vertiefungen sind, die zum grössten Theile mit lamellösen, in den obersten Schichten in Abschilferung begriffenen Hornmassen ausgefüllt sind. Man bemerkt, dass nach Gruppen hypertrophischer Papillen, deren Epidermisüberzug wenig alterirt ist, sich in die Tiefe reichende, auch verzweigte Retewucherungen finden. Das Rete, stellenweise dicker als normal, hat als oberste Schichten eine mehrreihige Lage von platten und tiefer gelegenen rundlichen, in Verhornung begriffenen Zellen; es sendet stellenweise lange, meist spitzzu-

laufende, oft aber auch breitere rundliche, an ihrem unteren Ende gabelig getheilte Fortsätze in die Tiefe. Die Lagerung der Zellen ist in den spitzen Fortsätzen eine der Richtung dieser entsprechende, während sie an den unten abgerundeten Fortsätzen eine bogenförmige, mit der Convexität nach unten gerichtete ist. An einzelnen kurzen Retefortsätzen, besonders neben auffallend hohen Erhebungen, eine wirbelartige, unregelmässige Anordnung oder eine zwiebelschalenartige Anordnung der Epithelzellen. Die Retezellen, meist nicht ödematös, zeigen mit Benecke's Färbung deutliche Stachelung und Faserung. Basale Schicht meist gut ausgebildet.

Der Zusammenhang zwischen Epidermis und Cutis u. zw. hauptsächlich den kurzen rundlichen Epithelfortsätzen entsprechend, gelockert; man findet oft auf grosse Strecken hin zwischen ihnen einen schmalen, bereits bei Lupenvergrösserung sichtbaren Hohlraum mit feinkörnigem Inhalte, einzelnen Leukocyten und Mastzellen.

Papillen verlängert oft spitz zulaufend, meist aber kolbig und am obersten Ende gabelig getheilt, zeigen ein lockeres Gefüge. Sie sind von vielen, enorm erweiterten Blut- und Lymphgefässen durchzogen; ihr Gewebe ist dicht durchsetzt mit Leukocyten, an der Basis massenhaften Mastzellen und sehr vielen jungen spindeligen Zellen, sowie einzelnen pigmentführenden Wanderzellen.

Die Zellinfiltration ist auch hier meist längs und um die Gefässe angeordnet. In den Papillen, oft aber auch noch tief im Corium liegend, rundliche, mit Hornmassen ausgefüllte, manchmal bis hirsekorngrosse Räume, die von plattgedrückten, oft in Verhornung begriffenen Epithelzellen begrenzt sind, den anfangsbeschriebenen tiefen Einbuchtungen der Oberfläche entsprechen.

Im subpapillären Gewebe enorm ausgedehnte, vielfach verzweigte Gefässe, um welche eine Zellenanhäufung von dem früher beschriebenen Charakter sich findet, nur dass man hier viele, oft in Gruppen liegende Plasmazellen findet. Das Gewebe des Coriums weitmaschig, zeigt stark hyperämische gefüllte Blutgefässe, sowie erweiterte Lymphgefässe und Spalten.

Die Wand der Schweissdrüsen, von Mastzellen durchsetzt zeigt Degeneration und Desquamation ihrer Epithelien. Manche

Ausführungsgänge zeigen mehrschichtigen und in der innersten Schicht verhornenden Zellenbelag, welcher mit abgestossenen Hornmassen das Lumen oft vollkommen ausfüllt.

Diesen entsprechende Schweissdrüsen sind zu 0·25—0·4 Mm. in ihrem grössten Durchmesser haltenden, rundlichen oder ovalen Hohlräumen ausgedehnt. Die Auskleidung derselben bildet ein mehr oder minder hohes, meist einschichtiges Epithel.

Die elastischen Fasern des Coriums bis zur subpapillären Gefässschichte in Bezug auf ihre Zahl scheinbar normal; doch zeigen sie nicht immer den schönen welligen Verlauf, bei dem man eine Faser länger verfolgen kann, sondern vielfach kleinere, oft sehr stark gekrümmte, manchmal am Ende kolbig angeschwollene Fasern. An den Schweissdrüssen verhalten sich die elastischen Fasern verschieden; während sie an manchen deutlich sichtbar sind, erscheinen sie an anderen mangelhaft gefärbt, vermindert an Zahl, oder nur stellenweise erhalten. Auch an einzelnen Gefässen erscheinen die elastischen Fasernetze der Media, theilweise auch der Adventitia, rareficirt oder fehlend, während die der Intima erhalten sind. Während an den Schweissdrüsen kein Zerfall der elastischen Fasern zu beobachten ist, so findet sich ein solcher stellenweise an den Gefässen, ebenso wie im Cutisgewebe. Von der subpapillären Schichte an nimmt die Zahl der elastischen Fasern ab; dieselben fehlen in einem Theile der Papillen, während sie in vereinzelten, meist schmalen und dünnen, vollständig erhalten sind. Bei gleichzeitiger Gewebsfärbung zeigt sich, dass die elastischen Fasern namentlich dort fehlen, wo starke Exsudation und Zellanhäufung; ebenso zeigt es sich in subpapillärer und oberer Cutisschichte; ganze Inseln, wo sich keine elastischen Fasern oder nur Trümmer derselben gefärbt haben, erweisen sich als Infiltrationsherde.

Der Befund an einer erkrankten Partie der Oberschenkelhaut war folgender: an der beetartig erhabenen Partie zeigt die Oberfläche der Haut tiefe, buchtige, unregelmässig geformte Vertiefungen mit lamellösen, in den obersten Schichten in Abstossung begriffenen Hornmassen. Zwischen den Vertiefungen theils spitzwarzige, theils stumpfe Erhebungen. Das Rete sehr schmal, die basale Schichte gut ausgebildet, reichlich



pigmentirt, zeigt auch zwischen den basalen Zellen pigmentführende Zellen, nicht ödematös, besitzt eine Schichte ganz schmaler spindelförmiger keratohyalinhaltiger Zellen, auf welchen die oben beschriebenen Hornmassen auflagern. Die früher beschriebenen tiefen Einbuchtungen der Oberfläche geben durch Schiefschnitt, grosse unterhalb des Rete liegende, und bis in die subpapilläre Schicht reichende Höhlen, die als Inhalt Hornmassen, als Begrenzung keratohyalinhaltige, sowie den obersten Reteschichten entsprechende Zellen haben.

Im Bereiche der tiefer gelegenen Hautpartien die Buchten der Oberfläche kleiner und weniger auflagernde Hornmassen.

In der erhabenen Partie die Papillen viel höher und breiter als an der tiefer gelegenen, zeigen ein weitmaschig lockeres Gefüge; zwischen Papillenoberfläche und Rete kleine spaltenförmige Räume mit feinkörnigem Inhalte und eizelnen Leukocyten (und Mastzellen). Die Bindegewebszellen auseinandergezogen zeigen deutliche Fortsätze, sind sternförmig. Gefässe erweitert. Im Gewebe zahlreiche Leukocyten, oft zu Gruppen bei einander liegend, sehr vereinzelte Plasmazellen, Mastzellen, sehr zahlreiche pigmentführende Wanderzellen und besonders spindelige junge Zellen, wie man sie bei Gewebs-Neubildung findet. Im Bereich des subpapillären Gefässnetzes zeigt sich ebenfalls Aufhäufung von Zellen der oben beschriebenen Arten um die Gefässe, die erweitert und hyperämisch, eine etwas verminderte Tinctionsfähigkeit zeigen.

Die Cutis, sehr weitmaschig, zeigt Zellanhäufungen um Schweissdrüsen und Gefässe; besonders um die kleinen Gefässe findet man reichlich Rundzellen, Mastzellen und einzelne Plasmazellen angehäuft. Um die Schweissdrüsen und im Gewebe zwischen einzelnen Knäueln Rundzellen, besonders aber sehr viele Mastzellen. Das Epithel, gelockert imbibirt und in Desquamation begriffen. In der benachbarten, tiefer gelegenen Hautpartie die Papillen nicht nur viel kleiner, in geringerem Grade serös infiltrirt, sondern auch viel zellärmer, besonders in Bezug auf die spindeligen Zellen. Auch im Corium sind die Erscheinungen in viel schwächerem Grade als an der erstbeschriebenen Partie vorhanden.

Die elastischen Fasern im Corium und bis zu den Papillen in Zahl und Stärke scheinbar normal, sind aber in ihrer Form etwas verändert, indem man nicht mehr normal lange Fasern, sondern vielfach kleinere, kürzere, stärker gekrümmte Fasern findet. Die Fasern der Schweissdrüsen rareficirt, schwächer gefärbt. Die Intima der Gefässe scheinbar normal; die Media ist ärmer an elastischen Fasern als normal und ihre Fasern vielfach in körnigem Zerfall begriffen.

Die Fasern der Papillen, besonders in der erhabenen Partie, weniger zahlreich, verschwinden bei den Papillen, welche Continuitätstrennungen mit dem Rete zeigen, vollständig.

Man findet also bei Pemphigus vegetans Zellinfiltration der Papillen mit Gewebsneubildung, ödematöse Durchtränkung derselben, Erweiterung der Lymphräume und Blutgefässe, Degeneration elastischer Fasern, Wucherung des Rete und abnorm starke Verhornung desselben: alles Zeichen chronischer Entzündung, die mit acuten Nachschüben verbunden ist.

Eine noch strittige Frage ist, ob die Retewucherung das primäre sei, oder als Folge der Vergrösserung der Papillen aufzufassen sei. Neumann[11]) beschreibt in dem 1876 publicirten Falle Neubildung der Papillen, Riehl[4]) führt die Retewucherung auf Uebererernährung in Folge der unter dem Rete sich abspielenden entzündlichen Vorgänge zurück und erklärt das Auswachsen der Papillen nur für eine Consequenz der Epidermiswucherung während der Ueberhäutung. Müller[12]) schreibt über das condylomatöse Stadium, dass die Epidermis im interpapillären Theile stark gewuchert, in den untersten Schichten von den Retezapfen schmale Fortsätze ausschickt, welche „mehr widerstandsfähige, ja wahrscheinlich wuchernde Bindegewebspartien der Cutis umschliessen. Ueber solchen Stellen hat das Epithel eine Verschiebung und Umlagerung der Zellen erfahren in Form von Wirbeln, Kreisen, Bändern“. Herxheimer[13]) ist der Ansicht, dass die Papillenwucherung das primäre sei und weist es auch für die Vegetationen der Zunge nach. Auffallend war mir beim Vergleichen der histologischen Befunde des Pemphigus vulgaris und vegetans die in

vieler Beziehung hervortretende Aehnlichkeit der beiden; am Rande der Blase, bei scheinbar unveränderter Haut war der Befund (s. oben) eine Hyperämie und Anschwellung der Papillen und diesen entsprechend fand sich das Epithel verschoben, zeigte theils eine bogenförmige nach oben convexe, theils eine wirbelartige, an manchen Stellen sogar zwiebelschalenartige Anordnung der Zellen: diese Verschiebung kann in diesem Stadium der Papillarschwellung doch nur darauf zurückgeführt werden, dass die Structur des Epithels durch den von unten kommenden Druck verändert, die Epithelzellen diesem ausweichen müssen.

Ist bei Pemphigus vulgaris die Anschwellung der Papillen acut, so findet man beim vegetans ausser dem in den Papillen angesammelten Serum, den zwischen Papillen und Epithel gebildeten kleinen Hohlräumen, der zelligen Infiltration mit Rundzellen, als Zeichen der acuten Anschoppung, noch viele spindelige, junge Zellen: also Gewebsneubildung. Durch diese zwei Momente kommt es zu Auswachsen der Papillen, Verlängerung derselben. Die zwischen Papillen und Epithel gebildeten Hohlräume entsprechen stets den Epithelzapfen. welche Verschiebungen zeigen; also auch ein Anklang zu den Befunden bei Pemphigus vulgaris. Continuitätsunterbrechungen zwischen Rete und Papillen besprach Sachsalber[14]) bei Demonstration eines Falles von Pemphigus conjunctivae: neben epidermisähnlicher Umwandlung des Epithels und chronisch entzündlichem Processe in den Papillen wies er darauf hin, dass ein sehr lockerer. häufig unterbrochener Zusammenhang zwischen Epithelschichte und subepithelialem Gewebe bestehe, was dafür spreche, dass der primäre Sitz der Pemphigusblasen an dieser Stelle sich befinde.

Nicht nur die Lage der Hohlräume und die Veränderung des Rete, sondern auch der Inhalt, nämlich feinkörniges Exsudat und der Befund von Mastzellen beweisen, dass diese Hohlräume den Blasenbildungen des Pemphigus vulgaris entsprechen, als eine beim Vegetans sich findende Analogie aufzufassen sind. Neben diesen, Epithelverschiebungen zeigenden Zapfen finden sich in grosser Mehrzahl lange, spitzere, konische Retezapfen mit platten, spindelförmigen, der Längsrichtung der Zapfen parallelen Zellen: in die Tiefe wuchernde Epithelzapfen,



Reaction des Rete auf den von unten ausgeübten Reiz. Man findet also einerseits Vergrösserung der Papillen in Folge chronischer Exsudation, andererseits Wucherung des Rete.

Die Vorgänge sind wohl in folgender Weise zu erklären: bei der blasenbildenden Form tritt acute Papillenschwellung ein, die sich in Folge des chronischen Verlaufes oft wiederholt; in Folge dessen wird in den Papillen, wie ja bei allen chronischen Entzündungsprocessen, eine Gewebsneubildung resultiren, die Papillen werden länger, werden auswachsen. Zugleich damit wird das Rete wuchern, einerseits als Folge der abnormen Ernährung, andererseits in Folge des durch die chronische Entzündung andauernden Reizes. Die Retewucherung ist also zwar als eine Folge der Papillenvergrösserung und der abnormen Ernährungszustände aufzufassen, man kann aber trotzdem nicht direct sagen, dass die Papillarvergrösserung das primäre sei, da ja beide Vorgänge sich zu gleicher Zeit entwickeln, concomittirend sind.

Die Retewucherung ist übrigens auch deshalb nicht als das primäre zu betrachten, da die Decke der Papillen bis auf die Hyperkeratose normale Epidermis zeigt. Die Hyperkeratose erklärt sich ja durch die reichliche Epithelbildung und abnorme Ernährung — ein Vorgang, der den Epitheldesquamationen anderer Arten bei chronischen Entzündungen gleichzustellen ist.

Von Bedeutung ist auch das Verhalten der elastischen Fasern bei der blasenbildenden und vegetirenden Form. Bei Pemphigus vulgaris verschwinden die elastischen Fasern der Papillen im Bereiche der Blase, lassen sich durch keine Färbung mehr nachweisen, während sie in der Cutis erhalten sind.

Bei Pemphigus vegetans sind ebenfalls die elastischen Fasern der ödematösen Papillen geschwunden, sie sind nur in schmalen, spitzen Papillen nachweisbar.

Ausserdem sind die elastischen Fasern der Cutis stellenweise entsprechend der Infiltration in Zerfall begriffen. Die Fasern der Gefässe zeigen Zerfall, sind rareficirt; an den Capillaren, die seeartig erweitert, sind gar keine elastischen Fasern nachweisbar; die Fasern der Schweissdrüsen rareficirt.

Bei Pemphigus vulgaris ist das Schwinden der elastischen Fasern der Papillen jedenfalls durch die acute Exsudation be-



wirkt, und kann zur Erklärung der Blasenbildung herangezogen werden. Kommt der Krankheitsprocess zum Stillstand, wie öfters bei Pemphigus vulgaris, so kann wohl Restitution eintreten, dauert der Krankheitsprocess weiter, wie bei Pemphigus vegetans, so wird es zu Zerfall der elastischen Fasern kommen; man findet dann in den ödematösen Papillen keine elastischen Fasern mehr, findet in der subpapillären Schichte und oberen Cutisschichte ganze Inseln, die keine oder nur Trümmer der elastischen Fasern enthalten: dieser Zerfall der elastischen Fasern ist auf den chronischen Entzündungsprocess zurückzuführen.

Dass die elastischen Fasern, auch die stärksten, im Cutisgewebe nicht mehr vollkommen der Norm entsprechen, ist jedenfalls nur als Ausdruck der Cachexie der Haut aufzufassen, in ähnlicher Weise wie dies für die senile Haut von Schmidt[34]) und Reizenstein[35]) beschrieben wurde, nur in viel schwächerem Grade.

Schwierig ist aber die Erklärung, warum es bei den Schweissdrüsen und Gefässen zu Rarefication und bei letzteren auch zu Zerfall derselben kommt.

Die Rarefication an den Schweissdrüsen, die ja am stärksten an den erweiterten hervortritt, lässt sich noch dadurch erklären, dass in Folge der Hyperkeratose des Epithels, die ja auch die Ausführungsgänge betrifft, es zur Verstopfung, zur Secretstauung, zur Erweiterung der Knäuel und Gänge kommt, wodurch dann die elastischen Fasern scheinbar in geringerer Anzahl erscheinen.

Immerhin bleibt aber noch auffallend, dass auch bei der vulgären Form die elastischen Fasern der Schweissdrüsen weniger deutlich als normal hervortreten.

Eine grössere Schwierigkeit ist aber die Erklärung des Zerfalls elastischer Fasern der Gefässe, des Fehlens derselben an den erweiterten Capillaren der Papillen.

Es entsteht die Frage, welche Veränderung das primäre sei, ob die Erweiterung, oder das Schwinden der elastischen Fasern. Wenn nun auch die Gefässerweiterung in der chronischen Entzündung eine vollkommen genügende Erklärung finden kann, so ist doch vielleicht zu erwägen, ob das Schwinden der elastischen Fasern, das ja stets mit der Entzündung Hand in

Hand geht, das ja auch bei der vulgären Form so deutlich hervortritt, nicht bei diesen Vorgängen eine Rolle spielt. Es wäre dann folgende Erklärung möglich: in Folge der chronischen Exsudation würden die elastischen Fasern der Papillen schwinden, die Function der Hautmuskeln, welche an den elastischen Fasern befestigt, die Lymphe und das Blut aus den oberen Schichten in die tieferen treibt, würde wegfallen, es käme dadurch zur Stauung, die durch Zerfall der elastischen Fasern in ihrem Tonus geschwächten Blut- und Lymphgefässe würden seeartig erweitert werden.

Ob diese Erklärung die richtige, oder ob alle Erscheinungen doch nur auf die chronische Entzündung zu beziehen sind, kann ich in meinem Falle natürlich nicht entscheiden.

Noch grössere Schwierigkeiten zur Erklärung bietet der Befund der Rarefication und des Zerfalles elastischer Fasern der Gefässwand.

Zerfall der elastischen Fasern der Gefässwand findet sich bei Manchot[15]) in der Arbeit über Entstehung der wahren Aneurysmen. Er bespricht, wie die elastische Faser in einzeln hintereinander liegende, scheibenförmig hintereinander aufgereihte Theilstücke zerfällt, welche sich später hin abrunden und wie endlich die Fasern in kleine, glänzende Körner zerfallen. Sonst wurde solcher Zerfall elastischer Fasern nur nach Einwirkung starker chemischer Agentien oder bei weit vorgeschrittenen destructiven Processen beschrieben. So von Schwalbe[16]) nach Einwirkung starker Kalilauge, Burg[17]) nach Magensaftverdauung, Ewald[18]) und Pfeufer[19]) nach Pepsin- und Trypsinwirkung; Manchot führt den Zerfall elastischer Fasern auf Zerreissung, also ein mechanisches Moment zurück, fügt aber hinzu, dass schwere Störungen der allgemeinen Ernährung, Alkoholismus etc. vielleicht auch die Widerstandsfähigkeit des elastischen Gewebes herabsetzen und so das Zerreisen der elastischen Fasern erleichtern. Ebenso wie v. Recklinghausen,[20]) Helmstädter,[21]) Meyer,[22]) Eppinger[23]) hebt Manchot hervor, dass an den durchrissenen elastischen Fasern keinerlei qualitative Veränderungen nachzuweisen sind. An den Gefässen bei Pemphigus vegetans ist nun keine eigentliche Zerreissung der elastischen Fasern zu bemerken, es tritt ohne

diese ein Zerfall von Fasern ein, so dass die Gefässwand ärmer als normal an elastischen Fasern ist. Es entsteht nun die Frage, ob diese Erscheinung durch den Pemphigus bedingt ist; für eine solche Auffassung würde das Schwinden (und zu Grunde gehen) der elastischen Fasern bei der Blasenbildung, das ja doch jedenfalls durch die acute Exsudation bedingt ist, sowie der Zerfall und die Verminderung der elastischen Fasern bei Pemphigus vegetans im Gewebe sprechen, wenn auch letztere Erscheinung, besonders im Infiltrationsgewebe, auf die zerstörende Wirkung, welche Granulationsgewebe nach den Untersuchungen von Grawitz, Busse,[31]) Hansen,[32]) Schmaus[33]) auf das elastische Gewebe ausübt, zurückgeführt werden kann.

Es wäre vielleicht die Annahme erlaubt, dass nicht nur bei der Blasenbildung die elastischen Fasern durch die Exsudation beeinträchtigt, sondern auch bei der vegetirenden Form dieselben durch die Exsudationsflüssigkeit geschädigt würden und so vielleicht zur Entstehung der einzelnen Erscheinungen herangezogen werden könnten.

Dass bei Pemphigus eine Noxe existire, wurde schon früher von Eppinger[21]) angenommen, der bei Pemphigus vulgaris ebenfalls beobachtete, dass die Papillargefässe nicht erweitert sind; er hält die Annahme von Toxinen für zulässig, welche die von ihm gefundenen Nervenveränderungen „peripherster Hautnervenbahnen hervorrufen, den Tonus der Wände der begleitenden Gefässe in der Weise beeinträchtigen, dass sie für Transsudat und eventuell für Blutzellen durchlässiger werden und die Hauteruption nach sich ziehen".

Aber nicht nur die histologischen Befunde legen die Annahme einer Noxe nahe und rechtfertigen dieses, sondern auch der Vergleich mit anderen Hautkrankheiten führt zu dem Schlusse, dass bei Pemphigus ein diesem eigener auf das Gewebe besonders wirkender Stoff ausgeschieden wird.

Betrachtet man die in der Literatur als pemphigoide, dem Pemphigus vulgaris und vegetans ähnliche Exantheme angeführten Hautkrankheiten, so findet man lauter durch eine bestimmte Noxe hervorgerufene Eruptionen aus der Gattung der Arzneiexantheme.



So beobachteten Hallopeau,[25]) Trapesnikow[26]) und Andere pemphigusähnliche Exantheme mit Vegetationen nach Jodkali; besonders der von Trapesnikow publicirte Fall zeigt sehr viele Analogien mit von Neumann im Jahre 1876 (Medic. Jahrbücher) publicirten Fall von Pemphigus vegetans; es entstanden Blasen, bei deren Eröffnung man Vegetationen und Granulationen fand. Wurden doch abgesehen von vielen, nur dem Sprachgebrauche nach als Pemphigus-Blasenausschlag bezeichneten Fällen, von Petrin[27]) nach Antipyrin, von Sequeira[28]) nach Copaiva, von Rosenthal[29]) nach Quecksilber dem Pemphigus vulgaris ähnliche Erkrankungen beobachtet. Findet man doch nach Brom auch Eruptionen, die Pemphigus ähnlich sind (siehe Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten 1895, pag. 534); sind doch der Grund aller der angeführten Arzneiexantheme, die Ursache der auftretenden Retewucherungen, sicher die durch die Haut ausgeschiedenen Stoffe. Für andere mit Epithelwucherungen verbundenen Exantheme, die wuchernden Syphilide, sucht Finger[29]) den indirecten Beweis, ihre Reaction auf Jodkali zu erbringen, dass die Wucherungen durch Stoffwechselproducte des Syphilisgiftes entstanden sind.

Resumé.

1. Die Pemphigusblase entsteht durch totale Abhebung des Rete sammt basaler Schicht von den Papillen mit Zurücklassung einzelner interpapillärer Zapfen.

2. Die Heilung der durch die Ablösung der Rete bedingten Epithelverluste geschieht ohne Narbenbildung; die Epidermisirung der Papillen wird von diesen zurückgebliebenen Retezapfen besorgt.

3. Der Grund zu dieser Entstehung der Pemphigusblase kann in der bei dem Krankheitsprocesse ausgeschiedenen Exsudationsflüssigkeit liegen, insofern dieselbe, wahrscheinlich in Folge Einwirkung auf die feinsten elastischen Fasern und deren Zusammenhang mit den Retezellen, die Epidermis von der Cutis loslöst.

4. Es besteht kein Anhaltspunkt, dass Pemphigus vegetans eine Krankheit sui generis ist, denn einerseits findet man histologisch bei der vegetirenden Form in den elementaren

Vorgängen Anklänge an die vulgäre Form (spaltförmige Hohlräume durch Abhebung des Rete sammt basaler Schicht von den Papillen, Degeneration elastischer Fasern), anderseits lassen sich die scheinbar abweichenden Befunde in genügender Weise durch die chronische Exsudation mit allen ihren Folgen erklären.

So erfährt die von Kaposi auf Grund der klinischen Beobachtungen stets betonte Identität der vulgären und vegetirenden Form durch die histologischen Untersuchungen eine weitere Unterstützung.

Literatur.

1. Hebra. Lehrbuch der Hautkrankheiten von Hebra-Kaposi 1872. pag 681. — 2. Auspitz. Von Zeimssen's Handbuch der Pathologie und Therapie 1893, 14. Band. — 3. Haight. Sitzungsberichte der Wiener Akademie 1868. — 4. Riehl. Zur Kenntniss des Pemphigus. Medicinische Jahrbücher 1885, 4. Heft. — 5. Du Mesuil de Rochemont. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1895. — 6. Joseph. Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1895, pag. 228. — 7. Kromayer. Zur Pathogenese der Pemphigusblasen. Dermatologische Zeitschrift. 1894, Band 1. Heft 1. — 8. Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankheiten und Verhandl. n. V. Congress der deutsch. dermat. Ges. in Graz, Wien, Braumüller 1896. — 9. Schütz. Ueber Zusammenhang der Epidermis mit der Unterlage. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1896. — 10. Du Mesnil de Rochemont. Ueber das Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut. Arch. für Dermat. und Syph. 1893. pag 567. — 11. Neumann. Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus. Medicinische Jahrbücher 1876. — 12. Müller. Histologie des Pemphigus vegetans. 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Bremen. September 1890. — 13. Herxheimer. Pemphigus vegetans. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1896 XXXVI. — 14. Sachsalber. Demonstration eines Falles von Pemphigus conjunctivae. Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft. pag 81. 1895. V. Congress. Graz. — 15. Manchot. Ueber die Entstehung der wahren Ansurysmen. Virchow's Archiv. 121. Band, pag. 104. — 16. Schwalbe. Beiträge zur Kenntniss des elastischen Gewebes. Zeitschrift für Anatomie und Physiologie 1877. — 17. Burg. Veränderungen einiger Gewebe und Secrete durch Magensaft. Inang.-Dissertat. Greifswald. — 18. Ewald. Zur Histologie und Chemie der elastischen Fasern und des Bindegewebes. Zeitschrift für Biologie 1889. — 19. Pfeufer. Die elastischen Fasern des Ligamentum nuchae unter der Pepsin- und Trypsinwirkung. Archiv für mikroskopische Anatomie. Band 16., pag. 17. — 20. v. Recklinghausen. Allgemeine Pathologie des Kreislaufes und der Ernährung 1883. — 21. Helmstädter. Du mode de formation des anévrismes spontanés. Inaug.-



Dissertat. Strassburg 1873. — 22. Meyer. Virchow's Archiv. Band 74. Ueber Periarteriitis nodosa oder multiple Aneurysmen der mittleren und kleineren Arterien. — 23. Eppinger. Pathogenesis der Aneurysmen einschliesslich des Aneurysma equi verminosum. Archiv für klinische Chirurgie Band 33. Suppl. 1887. — 24. Eppinger. Zur pathologischen Anatomie des Pemphigus. Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft. V. Congress. 1895. pag. 83. 85. Graz. — 25. Hallopeau. Annales de Dermatologie et Syphilis. 1888. pag. 185. — 26. Trapesnikow. Therapeutische Blätter 1893. pag. 587. — 27. Petrini. Pemphigusartiger Ausschlag nach Antipyrin. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1892, pag. 459. — 28. Sequeira. British med. Journal 1894. — 29. Rosenthal. Berliner medicinische Gesellschaft. 16. Jänner 1895. — 30. Finger. Syphilis als Infectionskrankheit vom Standpunkte der Dermatologie. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1890. — 31. Busse. Virchow's Archiv. Band 134. — 32. Jansen. Virchow's Archiv. Band 137. — 33. Schmaus. XIII. Congress für innere Medicin 1895. pag. 373. — 34. Schmidt. Ueber die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut. Virchow's Archiv, Band 125. — 35. Reizenstein. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1894. Nr. 1. pag. 1.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. III.

Fig. 1. Pemphigusblase I. Fall. Vergrösserung Reichert Ocul. 3., Object. 1. *a* Hornschicht. *b* Rete das in den mittleren Schichten zu einer nach oben convexen Linie verschoben, dessen Zellen in den untersten Lagen spindelförmig flach abgeplattet sind. *c* Basale Cylinderzellenschichte, schwächer gefärbt, aber noch erhalten; bei *d* ist das Exsudat bereits zwischen die basale Schichte und das übrige Rete gedrungen. Unter der basalen Schichte der Blasenraum *e*, der von netzigem fibrinösen Exsudate durchzogen ist, in welchem Zellen liegen. Bei *f* ein im Blasenraume frei liegender, sowie ein zwischen den Papillen zurückgebliebener Retezapfen. Die Papillen geschwollen, zellig infiltrirt. In der Höhe von *g* das Infiltrat der subpapillären Gefässschichte, bei *h* zelliges Infiltrat im Gefässquerschnitt (Haematoxylin-Eosin-Färbung).

Fig. 2. Partie von der condylomatösen Stelle an der vorderen Axillarfalte bei Pemphigus vegetans. *a* Rete, das besonders in seinen tieferen Partien (rechte Hälfte der Abbildung) Verschiebungen zeigt, zum Theil in Form einer nach oben convexen, bogenförmigen Linie, zum Theile bei *c* in Form wirbelartiger Anordnungen. *b* Basale Cylinderzellenschichte, in ihrem Zusammenhange mit dem darüber liegenden Rete gelockert, indem auch bereits einzelne Exsudatzellen ober ihr liegen, von der Papillaroberfläche abgehoben; in dem spaltförmigen Hohlraume feinkörniges Exsudat und eine Mastzelle (dunkel). Im Papillargewebe erweiterte Blut- und Lymphräume, spindelförmige Zellen, kleinzelliges Infiltrat, sowie Mastzellen: *d*. Färbung mit polychromen Methylenblau.



Aus der dermatologischen Abtheilung der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld.

Beitrag zur Histologie und Lehre vom Xanthoma tuberosum multiplex.

Von

Dr. **Geyer**,
Assistenzarzt.

(Hierzu Taf. IV u. V.)

Der Stand der Xanthomlehre ist im letzten Jahrzehnte derselbe geblieben und die Anschauungen, welche in den massgebenderen Arbeiten vom Anfang und der Mitte des achten Decenniums entwickelt sind, haben in der deutschen Literatur und soweit mir die ausländische zugänglich ist, auch in dieser keine weitere Klärung gefunden. Es ist dies auffallend, nachdem gerade jene Jahre für die Lehre des Xanthoms, insbesondere, was seinen histologischen Aufbau und seine Pathogenese anlangt, sich äusserst fruchtbar gestaltet hatten, so dass im Jahre 1884 schon Chambard[1]) gleichsam als Zusammenfassung aller bisherigen Literatur behaupten zu dürfen glaubte, dass die charakteristischen histologischen Veränderungen und die klinischen Symptome ausreichend bekannt wären, sein pathologisches Verhalten und die Kenntniss einiger genauerer Untersuchungen erlaubten schon Schlüsse über den eigenartigen Mechanismus; aber die ätiologischen Momente, welche den Process localisirten und ihn bei der Häufigkeit der Vorbedingungen (Icterus, Diabetes, Diathése arthritique), so selten machten, bedürften weiterer Klärung. Und dazu, hebt dieser Forscher mit Recht hervor, gehört nicht bloss kaum ein Dutzend genauer untersuchter Fälle, wie sie ihm zu Gebote standen, sondern ein reichliches, genau geprüftes Material. Und wie



wenig genauer beschriebene Fälle finden sich in der späteren Literatur! Die Rarität der Fälle allein bietet keine genügende Erklärung hierfür. Wenn wir uns überhaupt über die Betheiligung der deutschen Literatur bei der Erörterung der so bedeutsamen Xanthomfrage, die doch nicht bloss den Dermatologen, sondern weitere ärztliche Kreise, insbesondere auch den Kinderarzt, interessirt, versuchen Rechenschaft zu geben, müssen wir gestehen, dass sie nur verhältnissmässig wenig und nicht einmal immer bei allen wichtigeren Fragen betheiligt ist. Die grundlegenden Arbeiten finden sich in der ausländischen Literatur und wir heben hier besonders die exacten Darstellungen Chambard's hervor, welche wohl verdient hätten, seiner Zeit, wenn nicht in Uebersetzung, so doch in ausführlicherer kritischer Bearbeitung auch in die deutsche Literatur übertragen zu werden. Wir wollen indessen die Verdienste, welche sich Virchow, Waldeyer, Kaposi u. A. um die Xanthomlehre erworben haben, keineswegs verkennen und auch Touton's präciser Arbeit lobend gedenken.

Was man klinisch unter Xanthom zu verstehen hat, dürfte über allen Zweifel erhaben sein, mögen auch, wie schon ältere Autoren hervorheben, in früheren Jahren vielfache Verwechslungen mit ähnlichen Hautaffectionen, Milien, Nävi und mannigfachen Pigmentanomalien mit untergelaufen sein und auch heute vielleicht noch nicht zur Seltenheit gehören. Zweifelsohne bieten etwas abnormer verlaufende Fälle recht unerwünschte diagnostische Schwierigkeiten. Der Xanthomprocess stellt sich dar als umschriebene gelbliche Verfärbungen der Haut, je nach ihrem Sitze, vielleicht auch in Folge verschiedenartigen Pigmentgehaltes etwas variirend, von flacher oder erhabener Beschaffenheit, welche sich histologisch begründet erweisen in eigenthümlichen Veränderungen des Papillarkörpers und oberflächlicherer Cutisschichten. Alle Xanthomformen haben das gemeinsam, dass Zellen irgendwelchen Ursprungs im ausgeprägten Bilde sich mit Fett oder fettartigen Substanzen beladen erweisen, mögen dieselben nun primär in diesen Zellen entstanden oder secundär in ihnen aufgenommen und abgelagert sein, möge es fettige Degeneration oder eine Fettinfiltration, Lipomatosis sein, oder mögen es schliesslich specifische Geschwulstelemente sein.

Schon die ersten Autoren, die das Xanthom überhaupt in die Reihe der Hauterkrankungen einführten, unterscheiden zwei grosse Gruppen. Rayer[2]) findet die Krankheit, ohne ihr einen anderen Namen als den der plâques jaunâtres zu geben, unter 58 Fällen 46 Mal auf die Augenlider oftmals in symmetrischer Ordnung beschränkt, fünfmal auf Lider und Körper, siebenmal auf den Körper allein ausgedehnt. Es entspricht dieses Verhältniss auch dem später bekannt gewordenen Zahlenverhältniss des Xanthelasma planum und tuberosum. Vorwegnehmend glauben wir hervorheben zu dürfen, dass wir auf die von französischer Seite aus eingeführten Begriffe des Xanthoma tuberculosum und en tumeurs verzichten können. Mit dem Worte tuberculös verbinden sich leicht recht fernliegende Anschauungen, die man besser nicht streift, und das Wort Xanthoma en tumeurs bezieht sich nur auf den recht einzigartigen, wenn auch durch mikroskopische Untersuchungen erhärteten Fall Besnier's.[3]) Mit den Ausdrücken Xanthoma planum und tuberosum haben wir eine hinreichende und allen Anforderungen genügende Charakterisirung.

Es ist von Anfang an Gegenstand grösseren Interesses gewesen, ob beide Processe für identisch zu erachten seien. Chambard[4]) findet diese Identität hinreichend gekennzeichnet durch den anatomischen Aufbau sowohl wie durch das klinische Verhalten (l'identité anatomique des deux Formes du Xanthélasma n'est pas moins complète que la clinique) und er glaubt eine genügende Gewähr dafür in der Coexistenz (presque constante) von Flecken und Knötchen bei demselben Kranken, in ihrer parallel einhergehenden Entwicklung, ihrer Farbe und ihrem Verlauf zu haben. Basirend auf Gull's[5]) vierten Fall hält er eine Umwandlung eines Xanthelasma planum in ein tuberöses für möglich, und umgekehrt, indem die Knötchen wiederum sich abflachen und zu Plaques zusammenfliessen. Er selbst kann keinen directen Nachweis dieses Verhaltens führen. Die bemerkenswerthen klinischen und anatomischen Unterschiede, die auch er feststellt, genügen ihm nicht für eine Trennung. Freilich ist die Theorie Chambard's von der irritation proliférative der Bindegewebszellen und der nebenhergehenden tendance à une dégénérescence graisseuse particulière des éléments-

cellulaire préexistants et de rouvelle formation dergestalt, dass der regressive in fettiger Umbildung und Atrophie der Zelle bestehende Process beim Xanthoma planum, beim tuberösen hingegen Zellwachsthum und Kernproliferation überwiege, so dass man einerseits wesentlich entsprechend dem Sitze und dem Alter des Xanthoms hier mehr embryonale Gewebsformen vor sich hat, dort die Zellen in Fett verschwinden ohne ausgeprägte Zeichen einer formativen und nutritiven Reizung geboten zu haben, wenig geeignet, die Dualität beide Processe klarzulegen. Auch de Vincentiis,[6]) der von dem Gedanken ausgeht, das Xanthom sei eine Neubildung, ähnlich einem Fibrom oder Carcinom durch eine specifische Zellgattung gekennzeichnet, würdigt diese Frage keiner weiteren Erörterung, wie wohl er mit Hinsicht auf das reichliche Material, welches ihm als Professor in Palermo zweifelsohne zur Verfügung stand, sich sehr wohl darüber ein präcises Urtheil hat bilden können, und er noch besondere Schwierigkeiten zu überwinden hatte, das von ihm publicirte symmetrische plane Augenlidxanthom neben dem Falle von multiplen tuberösen Xanthom dem Ideenkreis seiner Geschwulstbildungstheorie unterzuordnen. Viele andere Autoren, welche nach ihm die Xanthomcasuistik in erfreulicher Weise vermehrt haben, berühren diesen Punkt gleichfalls nicht. Touton,[7]) welcher neben seinen verschiedenen Augenlidxanthomen gleichfalls einen Fall von multiplem tuberösen Xanthom vor sich hatte, beschränkt sich darauf, die Gegensätze dieses letzteren zu seinen anderen Fällen nur in kurzer Erörterung hervorzuheben, die gerade bei seinen Untersuchungen so stark hervortreten. Neuererzeit sind mehre Stimmen für eine principielle Trennung beider Formen laut geworden; Unna[8]) findet diese Verschiedenheiten mit Rücksicht auf den anatomischen Aufbau derart augenscheinlich, dass er vorschlägt, auch in der klinischen Bezeichnung der Affectionen dem Ausdruck zu geben.

Solange indessen auch noch von weiteren Seiten der Gedanke einer essentiellen Verschiedenheit beider Xanthomformen ausgesprochen ist, so wenig ist derselbe durch positive Ergebnisse ausführlicher Arbeiten gestützt und es erscheint erwünscht, diesem Gegenstande eine erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen

und jeden einzelnen in der Praxis sich bietenden Fall auch nach dieser Seite hin zu prüfen. Von diesen und weiteren Gesichtspunkten aus erscheint uns der von uns untersuchte Fall ein erhöhtes Interesse in Anspruch zu nehmen.

Es handelt sich um einen 33jährigen grossen, kräftig gebauten Herrn in günstigen socialen Verhältnissen. Die hereditären Verhältnisse bieten nichts besonderes. Die Eltern sind hochbetagt gestorben, ein Onkel leidet viel an rheumatischen Beschwerden, eine Base an Neurasthenie. Die Krankheit trat vor ungefähr einem Jahre in Erscheinung. Bis dahin hatte sich der Kranke eines gleichbleibenden günstigen Gesundheitszustandes zu erfreuen selbst bis in die früheste Jugend zurück. Im Anfang traten leichte ziehende Beschwerden in der Lenden- und Glutäalgegend auf, einige Wochen darauf bildeten sich leicht fühlbare Knötchen über der Glutäalgegend. Die Knötchen vergrösserten sich langsam, die ziehenden Schmerzen schwanden allmälig. Patient, wegen seiner allgemeinen körperlichen Rüstigkeit wenig empfindlich, will denn auch von jenen Knötchen nichts mehr wahrgenommen, zum mindesten keine Ursache gehabt zu haben, auf sie zu achten. Zwei Monate später, Januar 1896, traten wieder ziehende Schmerzen im Rücken zwischen und auf den Schulterblättern, in Ober- und Unterarmen und im Nacken auf. Auch hier fühlt Patient nach ungefähr einem halben Monat kleinste Knötchen sich entwickeln bei Nachlassen der rheumatischen Erscheinungen. Am Oberarm, an den Ellenbogen und über dem Handgelenk sieht Patient fernerhin im Laufe von ungefähr zwei Monaten Knötchen von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu Linsengrösse heranwachsen, so dass er schliesslich Gelegenheit nimmt, seinen Hausarzt darauf aufmerksam zu machen, welcher ihn seinerseits der Behandlung meines Chefs im Krankenhause überweist.

Status am 1. Juli.

Patient hat mehr als Durchschnittsgrösse, so dass sein Körpergewicht von 90 Kg. nicht absonderlich hoch erscheint, Hautfarbe ist dunkel, Haarwuchs brünett. Gesicht wettergebräunt. Die inneren Organe bieten keinerlei Anomalien. Die Lungen erweisen sich intact, in normalen Grenzen. Das Herz erscheint um einen halben Finger nach links verbreitert und etwas hypertrophisch; die Herztöne sind rein. Der Puls ist regelmässig und gut gespannt. Die Lebergrenzen sind: oben unterer Rand der V. Rippe, der untere Leberrand überragt den Rippenbogen in der Mammillarlinie um kaum eine Fingerbreite. Milz nicht fühlbar, das Abdomen verhält sich im übrigen normal. Die Augenlider sind völlig intact, ebenso das ganze Gesicht des Patienten.

Von der Rückseite bemerkt man bei dem Kranken von der Hinterhauptshaargrenze über Nacken, Rücken, Lenden bis hinab in die Kniekehlen zahlreiche disseminirte gelbe Knötchen, ungefähr 1—2 Mm. über das Hautniveau erhaben, von kaum Stecknadelkopfgrösse bis Hirsekorn- und Linsengrösse. Die Knötchen sind auf ihrer Höhe strohgelb. Die



Ränder zeigen einen röthlichgelben Saum. Jedes, auch das unscheinbarste besitzt das gelbe Centrum. Am Nacken sind die Knötchen spärlicher, reichlicher werden sie in Höhe des Schulterblattes, sind zahlreich über Lende und Glutäalgegend und am ausgeprägtesten an der Rückseite des Oberschenkels, wo sie auch stellenweise entsprechend der Elasticität der Haut in Reihen geordnet erscheinen. In der Kniekehle fehlen sie, ganz spärliche Knötchen finden sich noch an den Waden. Am grössten und deutlichsten ausgeprägt treten uns die Knötchen an den Streckseiten der oberen Extremität, insbesondere am Ellenbogengelenk entgegen. Hier ist die Mehrzahl linsengross, stellenweise sind mehrere Knötchen zu einem Fleck verschmolzen, der dann eine chagrinlederartige strohgelbe Oberfläche mit gelbrother Umsäumung bietet. Nach dem Handgelenk zu werden die Knötchen rarer, die Handrücken sind mit ganz vereinzelten Knötchen durchsetzt. Am linken Zeigefinger und am rechten Mittelfinger finden sich je zwei gelbe Knötchen, welche etwas fester zu adhäriren und mit den Sehnenscheiden verwachsen zu sein scheinen. An den Beugeseiten der Finger findet man nur an vereinzelten Stellen tieferliegende Knötchen, die, weil sie ähnlich druckempfindlich sind und gleiche Resistenz bieten wie die oberflächlichen, offenbar für identisch zu erachten sind. Ueber der Beugeseite der rechten Handwurzel findet sich eine ca. 2 Cm. lange, weissliche Narbe (Schürfwunde), welche sich mit verschiedenen theilweise confluirten Knötchen linienförmig besetzt erweist. Im Uebrigen sind die Beugeseiten der Arme, des ganzen Rumpfes, der vorderen Theile der Ober- und Unterschenkel frei. Nur am Fussrücken sollen vereinzelte Knötchen vorhanden sein. Präputium, Glans, Penis, Scrotum haben normale Haut. Schleimhautübergänge, Mund-, Nasen- und Rachenschleimhäute sind normal.

Die Affection macht durchaus den Eindruck der Symmetrie und erscheint im Wesentlichen auf die Streckseite beschränkt. Im Uebrigen bietet die Haut, abgesehen von einigen Acnenarben auf dem Rücken nichts besonderes, Schweiss- und Talgdrüsensecretion sind normal.

Der Fall ist bemerkenswerth zunächst in klinischer Beziehung. Was die Ausbreitung anlangt, steht er einer Reihe von ungefährt 14 bekannt gewordenen Fällen gleichartig zur Seite. Schon Chambard stellt fest, dass die Streckseiten und besonders in der Höhe der Gelenke für den Ausbruch des tuberösen Xanthoms prädisponirte Stellen seien. Die Knötchen sind auch hier unter den typischen ziehenden Schmerzen zum Ausbruch gekommen und sind später nur noch etwas druckempfindlich. Unser Kranker steht in mittleren Lebensjahren, die Mehrzahl der Fälle ist bisher in jugendlichen Jahren, einige in Kinderjahren (Ehrmann's 7- und 8jährige Knaben)[9]) und ganz vereinzelte in höherem Alter (Chambard's 84jähr. Frau),

ohne dass gerade das weibliche Geschlecht sich nach unserer Zusammenstellung bevorzugt erwiese. (Chambard: d'après Addison et Gull les trois quarts des malades appartiendraient au sexe féminin.)

Die hereditären Verhältnisse haben hier keine Bedeutung. Der in ätiologischer Beziehung angeführte Icterus, der so vielen Autoren schon Gegenstand der Beobachtung und des Interesses war (nach Chambard unter 58 Fällen 22 Mal, nach Kaposi unter 32 Fällen 17 Mal) und insbesondere für die tuberösen Xanthomerkrankungen ein ätiologisches Moment abgeben sollte, besonders wenn er langdauernd sei, wie bei Chambard's Fall, wo er sechs Monate, und bei Frank Smith,[10]) wo er sieben Jahre bestand, findet sich bei unserem Kranken nicht, ebensowenig Diabetes, dessen Zusammenhang mit Xanthom Chambard so wichtig zu sein erschiene, dass er denselben in einer eigenen Arbeit zu klären versucht. Von sonst noch ätiologisch in Betracht zu ziehenden Momenten sind, die „affections arthritiques" hervorzuheben, auf die Hutchinson zum ersten Male aufmerksam gemacht hat, welcher unter 58 Fällen 29 Mal Migräne, nervöse Dyspepsien, Neuralgien, sonstige sensible und motorische Störungen beobachtete.

Die Harnuntersuchung unseres Kranken ergab einen regelmässigen Eiweissgehalt; manchmal war dasselbe nur in Spuren vorhanden und kaum nachweisbar. Durchschnittlich bei gewöhnlichem Lebenswandel fand sich bis $^1/_4$—$^1/_2$‰ Eiweiss. Reichlicher Biergenuss (Patient trinkt gelegentlich auf einmal 3—4 Liter) steigert den Eiweissgehalt bis auf 2 und $2^1/_2$‰, der dann am dritten und vierten Tage wieder auf das Gewöhnliche sinkt. Urinmenge nicht ungewöhnlich vermehrt, Farbe nicht auffällig. Von morphologischen Elementen finden sich spärliche weisse Blutkörperchen zwischen reichlicheren Blasenepithelien und recht selten ein hyaliner, hie und da ein etwas granulirter Cylinder. Das specifische Gewicht schwankt zwischen 1010 und 1018; keinerlei krystallinische oder sonstige Niederschläge. Die Harnzusammensetzung im Laufe einer ungefähr vierteljährigen Beobachtungszeit bleibt dieselbe, eine Diagnose der Nierenaffection genauer festzustellen, erscheint nicht gut möglich.

Es ist dieser Fall einer Nierenaffection der erste in der gesammten Literatur. Wenn wir annehmen, dass das Zusammentreffen eines Xanthoms mit einer Nierenaffection kein zufälliges sei und die Multiplicität und Mannigfaltigkeit der bisher als ätiologische Momente in Betracht gezogenen Erscheinungen



mag uns ein Recht dazu geben, so eröffnet sich damit ein recht interessanter Einblick in die Vorbedingungen der Xanthomatosis. Entweder wir betrachten mit Schwimmer[11]) das Zusammentreffen von Icterus und Leberaffectionen mit Xanthom für zufällig und stellen so dasselbe als eine selbständige Hauterkrankung neben Lichen, Acne, Ekzem oder wir nehmen an, alle jene beobachteten Affectionen schaffen gemeinschaftliche Grundlagen und Vorbedingungen, auf deren Basis das Xanthom sich zu entwickeln und die zugleich auch den unmittelbaren Anstoss zur Entwicklung der Xanthomknötchen zu geben im Stande sind. Und in der That scheint die Frequenz des Vorkommens von Icterus und Diabetes bei multiplem Xanthom zu Gunsten der letzteren Ansicht zu sprechen, und es ist dieser Gedanke von Morris[12]) und Chambard recht wahrscheinlich gemacht worden. (La dermatose affecte avec le diabète des relations, qui paraissent aussi intimes que celles qui unissent le xanthome généralisé à l'ictère.)

Man könnte hiebei nach Analogie eines bei syphilitischen Secundärexanthems auftretenden Icterus noch die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass, wie dort der Icterus einer Papelbildung in den Gallenwegen seine Entstehung verdankt, hier ein Icterus entstehen könne, wenn sich Xanthomknötchen dort an Stelle syphilitischer Papeln localisirten. Nachdem von Pye Smith[12]) das Vorkommen des Xanthoms auf dem Pflasterepithel der Mundhöhle, des Oesphagus, von Wickam Legg im Jahre 1874 in der pathologischen Gesellschaft von London und, als einziger noch mit ihm Chambard, auf der Schleimhaut der Trachea, von Hilton Fagge[13]) auf den serösen Häuten der Milzkapsel, dem Peritonealüberzug des Rectums, dem Endocard des linken Herzohres, in der Intima der Aorta und der Pulmonalarterien beschrieben sind, nachdem sie Gräfe (Untersuchung von Virchow) auf der Hornhaut und Malassez und de Sinéty[14]) in der Wandung kystischer Hohlräume des Ovariums gefunden hat, nachdem Smith schon selbst in den wegen Obliteration des ductus choledochus erweiterten Gallenwegen Xanthomknötchen constatirte, dürfen wir diesen Gedanken nicht allzuweit von uns abweisen. Wir würden dann in Verfolgung dieses Gedankens und in der Annahme, dass die Xanthom-

bildung nicht an einen einzelnen Gewebstypus gebunden erscheint, dass es sich vielleicht überhaupt da entwickeln kann, wo Bindegewebe gebahnten Wegen nahe rückt, einen Icterus, je nachdem vorzugsweise die Leber einen Diabetes, wo Pancreas oder Regionen befallen sind, welche mit der diabetischen Erkrankung in Beziehung stehen, zu erwarten haben, kurz wir würden uns auch Migränen, Amblyopien, Parästhesien, Neuralgien, Tremor und die mannigfachen sonstigen klinischen Erscheinungen auf diese Weise wohl zu erklären im Stande sein. Es würde das Auftreten der Xanthomknötchen auf der Haut und den sichtbaren Schleimhäuten schon lange, nachdem der Icterus, Diabetes besteht, nicht auffällig erscheinen, das Xanthom kann sich ja zuerst in der Tiefe entwickelt haben. Wir haben ja Beweise der umgekehrten Entwicklung und ganz gewöhnlich treten noch später einzelne neue Knötchen auf der Haut, ja wie wir es am deutlichsten bei dem Falle Malcom Morris sehen, ganze ausgedehnte Nachschübe in grösseren Intervallen auf, und anderseits sind ja meistens deutliche anderweitige Lebererkrankungen bei dem mit Xanthom complicirten Icterus nicht nachzuweisen. Der Fall Larraday,[15]) wo neben einer geringen Volumsvermehrung der Leber Neigung zu Gallensteinerkrankung vorhanden war, weist uns jedenfalls nicht zwingend auf das Gegentheil hin.

Die Gründe für die Annahme, das Xanthom sei eine selbständige Erkrankung oder Aeusserung einer anderen Allgemeinerkrankung, entsprechen im allgemeinen den Anschauungen, welche die einzelnen Autoren aus der Interpretation des histologischen Bildes und des anatomischen Aufbaues der Xanthomknötchen gewonnen haben. Chambard, der einen irritativen und regressiven Process annimmt, sucht nach einer Ursache zu einem entzündlichen Vorgang nach Analogie anderer entzündlicher Processe, welche, obwohl Allgemeinerkrankungen, auch theilweise auf der Haut sich abspielen. De Vincentiis, Touton u. A., welche die anderweitigen klinischen Befunde vernachlässigen zu dürfen glauben, stellen das Princip der autochthonen Geschwulstbildung auf. So stehen sich wie in der klinischen Beurtheilung, so in der histologischen Interpretation die beiden Gruppen der Autoren gegenüber.

Der Schritt, welchen die zweite Gruppe dann macht, wenn sie die Xanthomzelle Mischgewulstbildungen eingehen lässt, liegt sehr nahe und entspringt aus dem Bedürfniss, die eigenartigen Formen von Xanthomgeschwülsten, welche als von den verschiedensten Gewebsbestandtheilen durchzogen beschrieben waren, Malassez und Linéty's Cystadenom, Chambard's Myoxanthom u. a., der Gruppe einzureihen. Ob man indessen den Fortschritt Touton's auf der de Vincentiis'schen Bahn, auch den Begriff Sarcom einzuführen, als solchen bezeichnen darf, wollen wir nicht näher beleuchten; jedenfalls müssen wir hervorheben, dass der Ausdruck Sarcom in der Pathologie feststehende Begriffe in sich birgt, die hieher zu verpflanzen recht gewagt erscheint, nicht zum wenigsten mit Rücksicht auf Touton's Fall VIII.

Die anatomische Untersuchung unseres Falles gibt uns Veranlassung, noch einige weitere Gebiete der Xanthomlehre zu berühren. Die Untersuchung selbst wird vorgenommen an Knötchen, die von dem linken Ellbogen und der Glutäalgegend excidirt wurden, so dass wir hierin zugleich eine Gewähr für die überall gleichmässige Gewebsstructur derselben haben. Ein Theil wird sofort in concentrirte Sublimatlösung behufs Fixirung der Kerntheilungsfiguren gelegt, andere Stückchen in Osmium, Alkohol und Müller'sche Flüssigkeit conservirt.

Was die Methoden anlangt, haben wir uns, abgesehen von der Untersuchung frischer Gefriermikrotomschnitte, ausgehend von dem Gedanken, dass es insbesondere darauf ankommt, die genaueren Veränderungen des Protoplasmas zu studiren, nicht mit den bisher angewandten Färbemethoden begnügt. Ohne die Vortheile einer schönen Boraxkarmin-Indulin- und ähnlicher Doppelfärbungen vorkommen zu wollen, haben wir uns an die Methoden gehalten, welche Unna[16]) im Laufe der Jahre als geeignete Protoplasmamethoden angegeben hat. Es gehören dahin besonders die Granoplasmafärbungen durch polychromes Methylenblau, die Spongioplasmamethode, die specifischen Färbemethoden für Mastzellen und elastische Fasern. Und wir müssen gestehen, mit den Erfolgen dieser Studien recht zufrieden gewesen zu sein.

Zur Kenntniss der gröberen Anatomie genügen Hämatoxylin-Eosinpräparate. Wir finden die Xanthomknötchen einzeln im obersten Theile der Cutis, direct den Papillarkörper ersetzend, beziehungsweise ihn zur Seite drängend in Gestalt zelliger Herde, die eben bloss aus Zellen mit grossem Protoplasma bestehen und keinerlei andere Gewebsbestandtheile, Collagen oder dergl. zwischen sich führen. An anderen Stellen liegen zwei solcher Einzelknötchen neben einander, ebenfalls ganz oberflächlich jedes in sich einen zelligen Herd bildend von runder bis ovaler Gestalt, und nur durch schwache Faserzüge von einander geschieden. Auf den ersten Blick machen so zwei zusammengehörige Knötchen den Eindruck eines einzigen ovalen Herdes (linsenförmig nach Chambard). An anderen Stellen sind vier Knötchen in ein derartiges Ganze vereint, jedes einzelne von zarten, das Ganze von zu Seite gedrängten gröberen Bindegewebsfasern concentrisch umschlossen. Nur unter solch grösseren Knötchen und im Anschluss an dieselben können wir noch weitere und mehr in die Tiefe dringende Xanthomknötchen vorfinden, nie ein einzelnes losgelöst in der Tiefe allein. Wir erhalten so keilförmige Herde, deren Basis der Oberfläche zu liegt. Jedes einzelne Knötchen erweist sich aufgebaut aus Zellen von embryonalem Bindegewebstypus. Im Centrum gross, kubisch oder rund, blasenförmig, in Paraffinschnitten mit reichlichen Vacuolen durchsetzt, werden diese Zellen peripheriewärts solider und dichter, von ovaler Form und an den Randpartien des Knötchens sind sie langgestreckt und spindelförmig, aber immer zum Unterschiede von den Bindegewebszellen der Cutis mit einem grossen Protoplasma ausgerüstet.

Bei grösseren Knötchencomplexen enthalten oberflächlichere wie tiefere Knötchen theilweise grosse bis 50 und mehr μ messende Hohlräume, die sich durchzogen erweisen mit einem feinsten nach dem meist excentrisch liegenden Kern zu dichter werdenden Protoplasmanetz.

Schweissdrüsencanäle, Haarschäfte, Talgdrüsengänge stehen der Bildung völlig fern, sie ziehen den Knötchen ausweichend nebenher oder höchstens leicht comprimirt durch die bindegewebigen Interstitien der Knötchencomplexe hindurch.



Beim eingehenderen Studium der Xanthomzellen heben wir zunächst hervor, dass wir es ähnlich wie in Touton's Fall VIII nicht mit jenen Riesenzellformen zu thun haben, wie sie für das Lidxanthom sowohl wie für das multiple tuberöse beschrieben sind. Jene Riesenzellen dadurch gekennzeichnet, dass im Centrum eines ausgedehnten Protoplasma ein Ring ovoider Kerne in ähnlicher Gestaltung wie bei den grossen tuberculösen Riesenzellen sich vorfinden, stehen unseren Xanthomzellen völlig fern.

Die Untersuchung der Xanthomzelle auf ihren Fettgehalt gelingt am besten bei gleichzeitiger guter Gewebsconservirung, wenn man in Flemming'schem Chromosmiumessigsäuregemisch, dem man zweckmässig noch ca. $^1/_3$ 1% wässeriger Osmiumsäurelösung zusetzt, fixirt, und lange färbt in Anilinwassersaffranin. Man braucht bei dieser Härtungsmethode vor einer Einbettung in Paraffin nicht zurückzuschrecken, wenn man nur etwas vorsichtig vorgeht. Nach Vergleichspräparaten werden die Feinheiten des Verfettungsprocesses in keiner Weise alterirt. Jedenfalls erzielt man aber nur so die Schnittfähigkeit von $3-5$ μ, die für exacte Untersuchungen recht erhebliche Vortheile bietet.

Bei schwacher Vergrösserung erkennt man dann (siehe Fig. 1) in der Tiefe die mächtigen Zellen des Fettgewebes, darüber die zierlichen Bilder der fettigen Zelldegeneration in den Talgdrüsen, diffus in das Cutisgewebe eingelagert, an Drüsengänge theilweise angelehnt die Markscheiden der Nervenfasern und in den obersten Theilen der Cutis die osmirten Xanthomknötchen. Die Fettzellen sind völlig schwarz, das Xanthomknötchen ist schwarzgrau, die Talgdrüsen und Nervenscheiden stehen in der Mitte. In ihrem Centrum tragen die Xanthomknötchen entsprechend einem dichteren Fettgehalt einen dunkleren Ton, peripheriewärts löst sich derselbe allmälig auf.

Ueber die Anordnung der Fettsubstanz in den Zellen klären (Fig. 2) uns die stärksten Vergrösserungen auf. Wir beginnen mit den schwach verfetteten Zellen der Peripherie zunächst. Unmittelbar unter der Fusszellenschicht des Rete Malpighi finden wir eine helldurchscheinende Schicht, welche mit Lymphspalten reichlich durchzogen ist; im Anschluss an sie und zwischen ihnen liegen platte endothelartige Zellen mit

deutlichem grossen bläschenförmigen Kern. Bipolar angeordnet findet sich in dem Protoplasma einzeln oder in grösserer Dichte bei verschiedenartigsten Abstufungen feinste osmirte Fetttröpfchen. Wir haben, was die Bipolarität anlangt, genau die Bilder, wie sie bei einer fettigen Degeneration oder braunen Atrophie der Herzmuskelzellen zu beobachten sind. Einzelne stark aufgetriebene Lymphgefässe zeigen Endothelzellen von genau dem Charakter der Xanthomzellen, stellenweise hat sich eine fetthaltige Endothelzelle losgelöst und liegt frei im Lumen, vielleicht auch neben fetthaltigen Zellresten. Einzelne Lymphspalten sind von mächtigen Zellen verstopft, man erhält indessen nicht den Eindruck einer Lymphgefässembolie, sondern es haben die Endothelzellen dadurch, dass sie an Ort und Stelle sich vergrösserten und vermehrten, das Lumen obturirt.

Mehr nach dem Knötchencentrum hin verschwinden sämmtliche Gefässlumina; der Fettgehalt der Zellen wird erheblicher, während die Form des Fettstaubes sich nicht wesentlich ändert. Immer noch liegt dasselbe in feinster Vertheilung im Protoplasmaleibe zerstreut. Es ist dieser Umstand nicht zum wenigsten für Unna die Veranlassung, in die eigentliche Fettnatur dieser Substanz einige Zweifel zu setzen; wir müssen entweder auf eine ausserordentliche Cohärenzkraft und hochgradige Zähigkeit des Protoplasmaleibes oder ein ganz eigenthümliches Verhalten der fettartigen Substanz schliessen. Vielleicht haben wir fettähnliche Körper und Verbindungen vor uns, welche in einem stark alkalischen Protoplasmaleibe in feinster Emulsion bestehen können; wahrscheinlich wird eine starke Alkalescenz des Protoplasmas noch durch seine Reaction auf eine Reihe von Farbstoffen gemacht. Die Untersuchungen Quinquaud's [17]) allerdings geben uns diesbezüglich noch keine greifbaren Stützen, sie waren ja schliesslich auch mit Rücksicht auf andere Gesichtspunkte ausgeführt.

Noch weiter central (Fig. 3) werden indessen die Fetttröpfchen grösser und es finden sich in einzelnen Zellen vom blasigen Charakter des Centrums recht grosse runde Fetttropfen, aber immer neben den staubförmigen feinsten an der Peripherie; möglich dass diese grossen Tropfen mechanischen Einwirkungen ihre Entstehung verdanken. Die grössten Xanthom-



zellen, welche wir im Centrum unserer Knötchen finden, haben einen Durchmesser bis zu 200 μ, sie sind meist von ovaler Gestalt. In solchen fettüberladenen Zellen ist an unseren Osmiumsaffraninpräparaten natürlich von einer Kernstructur nichts zu erkennen, auch nicht an ungefärbten Gefrierschnitten. Wohl aber sind die Kerne der weniger fettbeladenen Randzellen sehr deutlich färbbar und nachzuweisen und wir heben dies im Gegensatz zu Unna's Präparaten hervor.

Die Structur der centralen Xanthomzellen (Fig. 4), denen wir schon wegen ihrer Grösse den Namen Riesenzellen nicht vorenthalten können, wird klarer bei Protoplasmafärbungen entfetteter Präparate. Hier treten uns diese grossen Zellen in verschiedener Form entgegen. Die leicht verfetteten Zellen des Randgewebes bieten wenig Auffälliges, wir haben es mit einer von einem zarten Chromatinnetz durchsetzten Kernsubstanz zu thun, welche mittelst feinsten Faserwerks mit der dichteren Randzone des Protoplasmas zusammenhängt. Nicht selten begegnet man in diesen Zellen (Fixation mit Sublimat) karyomitotischen Bildern, Theilungsfiguren in den verschiedensten Stadien. Es weist dies auf die volle Lebensfähigkeit der Xanthomzellen in ihrem jüngeren Stadium hin, der Xanthomprocess kann somit kein gewöhnlicher Degenerationsprocess sein. Die grösseren Zellen haben eine deutliche Randgrenze des Protoplasmas und entweder einen oder mehrere meist peripher gelegene Kerne. Die einkernigen „Riesenzellen“ tragen sehr deutlich ausgeprägt ihren ovalen Kern, um den herum sich ein dichtes protoplasmatisches Maschennetz ausbreitet. Das Protoplasma ist durchsetzt von Vacuolen der verschiedensten Grösse, die grössten wie ein Eiterkörperchen und grösser. Die Riesenzellen mit mehreren Kernen bieten in unseren Präparaten deutliche Anzeichen eines degenerativen Processes. Es sprechen dafür die eigenthümlichen lappigen Kernformen wie bei Eiterkörperchen, ferner das Fehlen eines scharfen Chromatinnetzes und der wenig scharfe Uebergang der Kernsubstanz in den Protoplasmaleib. In solchen Zellen treffen wir auch auf Vacuolen von unverhältnissmässig grosser Ausdehnung, wo das in seiner Lebensenergie lädirte Protoplasma dem Zusammenfliessen der Fetttröpfchen keinen Widerstand mehr entgegen zu setzen im Stande ist.

Unsere Bilder sprechen dagegen, dass die mehrfachen Zellkerne auf dem Wege der Karyomitose entstanden seien, wo das Protoplasma die rasche Entwicklung nicht habe mitmachen können. Wir finden diese Zerfallsformen eben im Innern der Knötchen, fern von einer lebhafteren Circulation. Von einer solchen Bildung aus zum völligen Zerfall der Zelle, Confluenz des Protoplasmaleibes, Schwinden der Kerne, Bildung grosser Hohlräume, Freiwerden des Fettes, wie es von früheren Autoren beschrieben ist, ist kein principieller Unterschied mehr, es ist das nur eine Frage der Zeit. Auch in unserem Falle haben wir im Centrum grösserer Knötchen diese Zellmetamorphose verfolgen können.

Auffallend im Gegensatz zu den Epithelzellen und übrigen Bindegewebszellen erscheint der geringe Gehalt der Xanthomzellen an granoplasmaartigen Substanzen. Noch bei den Endothelien der umliegenden Lymphspalten sind wir durch genaues Differenziren im Stande, einen ausgeprägten Körnerleib zu erzielen, bei den Xanthomzellen nicht, und zwar lassen sich in dieser Beziehung von den geringst verfetteten Zellen ab bis zu den stärkst ausgebildeten die allmäligsten Abstufungen constatiren. Da die physiologische Bedeutung dieser Körper nicht bekannt ist, müssen wir uns mit der Thatsache an sich begnügen.

Wie verhalten sich die übrigen Gewebsbestandtheile?

Die Veränderungen der Epidermis spielen offenbar nur eine untergeordnete Rolle. Wir haben auf der Oberfläche des Knötchens je entsprechend der Epidermisdicke die hohe der Bindegewebsmembran aufsitzende, durch die Basalfasern gestützte Fusszellenschicht; darüber die Stachelzellen. Die Epithelfaserung, die charakteristischen Bilder des Granoplasma und Spongioplasma treten bei den verschiedensten Methoden deutlich hervor, besonders an den Randzonen der Knötchen. Im allmäligen Uebergang zur Knötchenhöhe flachen sich die Fusszellen etwas ab, die Stachelschicht besteht nur noch aus 1—3 Lagen ovaler Zellen, die ihrerseits kleiner und etwas verkümmert erscheine. Die Keratohyalinmetamorphose erscheint nicht gestört.

Die Betheiligung des Collagens ist eine passive, die einzelnen Primitivknötchen sind frei von demselben, rings um

dieselben herum erscheint es in Folge Verdrängung und Compression concentrisch angeordnet. Hier treffen wir auch ganz vereinzelt auf Mastzellen.

Aehnlich verhält sich das elastische Gewebe. Balzers [18]) lange angezweifelter und erst durch neueste Untersuchungen [19]) bestätigter Fall steht dem unsrigen völlig fern.

Das Nervengewebe steht gleichfalls in keinerlei Beziehung. In den Flemming'schen Präparaten sehen wir deutlich grössere und kleinere markhaltige Nerven einzeln und in Bündeln von der Tiefe des Fettgewebes sich zur Oberfläche ziehen. In der Umgebung der Knötchen sind sie weder vermehrt noch vermindert, noch in einer sonstigen Weise alterirt. Die Bilder sind durch die Weigert'sche Nervenmarkscheidenkupferlackmethode controllirt.

Von wesentlicherer Bedeutung erscheint die Frage der Betheiligung der Blutgefässe. — Chambard hat bei zwei Fällen eine périartérite scléreuse beschrieben, bei Patienten, die wesentlich älter waren als unser Fall; der eine war 42 Jahre, der andere 46, dieser mit einem chronischen Rückenmarksleiden, jener mit Lebererkrankung und Circulationsstörungen nach Gelenkrheumatismus behaftet. Es liegt deshalb nahe, für die Gefässerkrankungen Chambard's andere causale Momente anzunehmen. In unserem Falle sind die grösseren Gefässstämme der Tiefe durchaus normal, um die Knötchen herum bilden feine Blutgefässzweige ein dichtes Netz, die Knötchen selbst enthalten nur in ihren periphen Theilen zarte Capillarlumina, niemals ist neben den Riesenzellenformen ein Gefässstämmchen zu bemerken.

Die grösste Bedeutung kommt den Lymphgefässen zu, sie bieten der Beobachtung zugleich die meisten Schwierigkeiten. Das Verhalten der grossen Lymphbahnen unmittelbar unter der Fusszellenschicht haben wir schon erwähnt (Fig. 2). Wir halten die Lymphbahnen für den Ausgangspunkt der Xanthomwucherung und sind im Stande, an Serienschnitten die Entstehung zu verfolgen. Wir haben hierbei zunächst zweierlei Bilder zu trennen. Einmal sehen wir in der Spitze einer Papille (Fig. 5), die im allgemeinen von einem aufsteigenden und absteigenden Gefässchen durchzogen ist, einige grössere Lymphräume, deren

Endothelien stark in das Lumen hervorragen und bei Osmiumbehandlung mit bipolar gelagertem Fettstaub durchtränkt erscheinen. In anderen Papillen (Fig. 6) treten einzelne völlig mit Endothelzellen durchwucherte Lymphbahnen auf und neben ihnen liegen Zellen, die, was Form und Gestaltung und Fettgehalt anlangt, ohne weiteres als Abkömmlinge der im Lumen liegenden Endothelien anzusehen sind; sie sind in concentrischer Anordnung um die Lymphbahnen herum gelagert. Bei geeigneter Färbung sieht man dann auch an solchen Stellen zahlreiche karyomitotische Figuren. Die Fettendothelzellen wuchern auf diese Weise concentrisch um ein früheres Lymphgefässlumen, die Papille wird verbreitert, die Nachbarpapillen zur Seite geschoben; das darüberliegende Rete Malpighii gedehnt und vorgewölbt. Die Circulation im Innern dieses kleinsten Knötchen wird allmälig aufgehoben, die centralen Zellen werden allmälig aus dem Säfteverkehr ausgeschaltet, während die peripheren in ihrer Wachsthumsenergie nicht gestört werden. In diesem Entstehungsmodus haben wir die Erklärung, dass schon makroskopisch jedes geringste, wenn auch kaum mit der Lupe sichtbare Knötchen immer die charakteristische strohgelbe Farbe hat. Läge eine Cutisschicht zwischen dem Entstehungspunkte des Xanthomknötchens und der Oberfläche, würden wir wahrscheinlich manchfache Farbentypen wahrnehmen. Leider steht uns zu diesem Studium ein nicht ganz ausreichendes Material zur Verfügung; man müsste daraufhin grössere Hautstücke recht genau durchmustern und insbesondere den karyomitotischem Vorgängen erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden.

Des weiteren deutet dieser Entstehungsmodus wohl auch auf den ätiologischen Zusammenhang hin. An der Spitze einer Papille ist der gesammte Lymphaustausch zwischen Rete Malpighi und Cutis localisirt, wir haben hier eine rege Transsudation, Gas- und Nahrungsaustausch. Nehmen wir an, die Lymphe ist auf irgend eine Weise in ihrer chemischen Zusammensetzung alterirt, müsste sich dieser eventuelle Mangel an Nährstoffen oder Ueberschuss an toxischen Substanzen zunächst an den Lymphendothelien als den Hauptvermittlern aussprechen. Als Stützen für unsere Annahme dürfen wir die



Prädilectionsorte für Entstehung der Xanthomknötchen an der Innenfläche seröser Höhlen der Sehnenscheiden und Periostes anführen, Gewebsstellen, den denen jedenfalls ähnliche Momente von Bedeutung sind.

Auf eine zweite Art der Knötchenentwicklung stossen wir in der Tiefe der Cutis. Wir sehen hier unter einem oder paarig angeordneten Knötchen ähnlich wie in der einzelnen Papille ein Lymphgefässlumen sich durch Endothelwucherung verschliessen. Die Wucherung erfolgt von diesem Herde aus wieder concentrisch und die Nachbargewebe bei Seite drängend bildet sich im Anschluss an ein oberflächlich liegendes und zwar nur immer jeweilig unter einem solchen ein tieferes Knötchen. Wir werden nicht fehlgehen, wenn wir die Ursache für die Neuentstehung vielleicht darin suchen, dass der Punkt des Nahrungsaustausches, die Umkehr der Lymphe, in Folge der Erkrankung der oberen Lymphwege mehr in die Tiefe verlegt ist. Eine weitere Dissemination von Xanthomzellen in den beobachteten Lymphcapillaren können wir nicht finden.

Ueber die weitere Entwicklung des Xanthoms finden wir in der Literatur wenig angeführt. Es mag dies seinen Grund theilweise in den äusserst chronischen Krankheitsverlauf haben und der Unmöglichkeit, therapeutisch auf den Process einzuwirken; die Kranken verlieren die Geduld, treten in andere ärztliche Behandlung über oder verzichten schliesslich ganz auf den Arzt. Nur wenig Notizen bestätigen, die Krankheit sei allmälig geschwunden oder hie und da recidivirt. Anatomische Bilder fehlen uns bisher. Auch in diese Beziehung ist unser Fall von hohem Interesse.

Status nach einjährigem Bestand des Xanthoms, 10. Januar 1897. Die Xanthomerkrankung hatte im allgemeinen keine weiteren Fortschritte gemacht. Nur in der ersten Zeit war in der Tiefe des Grundphalanx des rechten Zeigefingers noch ein schmerzhaftes Knötchen entstanden, unbeweglich und wahrscheinlich vom Periost ausgehend. Ueber der Sehne des rechten Flexor carpi radial. ist gleichfalls ein Knötchen, wahrscheinlich von der Sehnenscheide ausgehend, nach oben hin vorgedrungen und tritt als erbsengrosses Knötchen zu Tage. Die grösseren Knötchen der Ellenbeugen haben sämmtlich ihre erhabene Beschaffenheit verloren, sind weicher und glatt geworden, ihre gelbe Farbe hat sich in eine gelbrothbräunliche verwandelt, die hygperämischen Höfe sind geschwunden. Da wo die Knötchen in Gruppen aufgetreten waren, haben sich die centralen

völlig abgeflacht und ihren Xanthomtypus verloren, man sieht dort bräunliche weiche Pigmentflecken mit einzelnen randständigen strohgelben Xanthomknötchen. Andere einzelne Knötchen auf dem Rücken, der Lende, der Gesässmusculatur und Oberschenkel haben gleichfalls ihre gelbe Farbe verloren, sind abgeflacht und haben das Ansehen einer lentigoartigen Hautpigmentation. In den verschiedensten Farbenabstufungen sieht man diese wieder ohne Narbenbildung oder ähnliche Veränderungen zu hinterlassen, zu normaler Haut sich zurückbilden.

Klinisch geht mit diesem Befunde eine wesentliche Veränderung des Urinbefundes einher. Derselbe enthält nur noch eine Spur von Eiweiss, das nur durch feinste Proben nachweisbar ist und es sind keine Cylinder mehr nachweisbar. Von Formelementen findet sich ausser einigen grossen Epithelzellen nur hie und da noch ein weisses Blutkörperchen. Die therapeutischen Massnahmen bestanden in möglichst weitgehender Alkoholabstienz, Gaben von Lithiumsalzen, Piperazin, Natr. bicarbonicum, alkalische Wässer und ähnlichen mehr oder weniger indifferenten Mitteln.

Zur anatomischen Verfolgung des Rückbildungsprocesses gestattete uns der Kranke wiederum einige Excisionen. Wir fanden bei einem gelbbräunlichen, noch etwas erhabenen Knötchencomplexe des Oberschenkels in der Umgebung der xanthomatösen Wucherung die Endothelzellen der Lymphbahnen in Gestalt netzförmiger Zellstränge wuchern. Diese wuchernden Endothelzellen enthalten keine Spur einer fetthaltigen Substanz, sie bilden mit ihrem grossen bläschenförmigen Kerne und ihrem granoplasmareichen Zellleib den schönsten Typus endothelialen Bindegewebes. Geeignete Fixationsverfahren lassen in diesen Zellsträngen reichliche Figuren karyomitotischer Zelltheilung erkennen. Der Aussenseite der Lymphbahnen anliegend. finden sich ziemlich zahlreiche, bei polychromer Methylenblautinction roth gefärbte ovoide Mastzellen. Wir haben es hier offenbar mit einem auf der Höhe der Xanthomatosis einsetzenden Processe zu thun, bei welchem dem Säfteaustausche im Centrum der Xanthommasse neue Bahnen geleitet werden, der vorher in Folge allmäliger Obturation der Lymphcapillaren erschwert bezw. aufgehoben war. Im Centrum des einzelnen Xanthomknötchens sehen wir demgemäss folgende Veränderungen auftreten. Die Kerne der riesenzellenartigen Gebilde des Centrums verschwinden, die Zellleiber scheinen zu confluiren und Hand in Hand damit geht eine allmälige Verringerung der fettartigen Substanz. Wie diese beseitigt wird, ist schwer festzustellen; dieselbe als solche dürfte schwerlich wieder in den Kreislauf



der Säfte übergeführt werden, denn sie ist zum grössten Theil immer schon geschwunden, bevor Capillaren in ihrer Nähe sichtbar werden und weisse Blutkörperchen, welche die Rolle von Phagocyten übernehmen könnten, sind in keinem Präparate nachzuweisen. Es wird dadurch wahrscheinlich gemacht, dass das Xanthomfett, wie es sich an Ort und Stelle in uns noch nicht bekannter Weise bildet, so auch an Ort und Stelle vielleicht durch chemische Umsetzungen verschwindet oder Verbindungen eingeht, welche keine Fettreactionen mehr geben und diosmotisch in den Säftestrom gelangen. Den Einschmelzungsprocess machen zunächst nur die wenigen centralen Zellen durch, in den ovoiden peripheren Zellen schwindet das Fett, ohne dass an ihnen eine Formveränderung aufträte, nur erscheint das Protoplasma etwas verkleinert im Volumen und mit feinsten und gröberen Körnen und Schollen eines goldgelben Pigmentes durchsetzt. Freiliegendes, nicht in Zellen eingeschlossenes Pigment tritt nur an Stelle des Centrums auf. Die Xanthomknötchen verringern ganz beträchtlich ihr Volumen, indem das randständig ausgebreitete elastische Gewebe in Function tritt, sie werden kleiner, der Papillarkörper über ihnen rückt mehr zusammen, die Schichten des Rete Malpighi erscheinen stärker und gewinnen durch Abflachung der Geschwülstchen allmälig wieder ihr normales Aussehen.

Weiterhin schwinden auch die durch ihren Pigmentgehalt ausgezeichneten Reste der Xanthomzellen, indem sie theilweise wohl zerfallen, zum Theil auch einfach ihr Pigment abgeben. Jetzt bei der reichlichen Vascularisation tauchen auch einzelne pigmenthaltige Phagocyten (s. Fig. 7) auf und es beginnt nun eine reichliche Dislocation bezw. Elimination des Pigmentes besonders nach oben hin. Wir sehen das Pigment dicht unter der Fusszellenschicht, in ihr selbst frei und in Zellen liegend und auch in der Stachelschicht zum Theil noch in Zellen eingebettet. Das ganze Rete Malpighi erweist sich stark pigmenthaltig. Eine deutliche Desquamation der Hornepithelien findet nicht statt.

In den makroskopisch nur noch als blasse Leberflecken imponirenden Xanthomresten findet sich anatomisch nur noch ein vermehrter Pigmentgehalt in der Fusszellenschicht. Dass

dieses Pigment einer andern Quelle entspringt als das normaler Weise vorhandene, ist an ihm als solchem nicht mehr nachzuweisen. Das Cutisgewebe darunter enthält in normaler Vertheilung seinen Gefässreichthum, seine gröberen und feineren elastischen und Collagenfasern und alle anderen Bestandtheile.

Status am 3. Februar. Patient hatte in der Zeit vom ungefähr 11. bis 18. Januar wieder in seiner früheren Weise Wein und Bier getrunken und auch sonst in allzugrosser Sicherheit über sein besseres Befinden die Diätvorschriften nicht mehr beachtet. Seit dem 22. Januar ungefähr fühlt er die rheumatischen Schmerzen wiederkehren, aus deren Auftreten er selbst eines Recidivs gewiss ist. Am 3. Februar zeigt Patient ziemlich zahlreiche frische stecknadelkopfgrosse strohgelbe Knötchen über dem Rücken, an der Streckseite der Vorderarme und an den bisher freien Schenkelbeugen. An verschiedensten Stellen seiner Finger und Handgelenke weist Patient frisch aufgetretene schmerzhafte, mit Sehnenscheiden und Periost zusammenhängende Knötchen nach. Im Urin finden sich wieder regelmässig $^1/_2$ bis 2‰ Eiweiss, einzelne hyaline Cylinder und spärlichste Nierenepithelien vor. Der Kranke selbst ist der Ueberzeugung, dass er sein Recidiv seinem zu frühzeitigen Alkoholgenuss zu verdanken habe. Die Diagnose einer lentescirenden Granularatrophie der Niere wird jetzt mit grosser Wahrscheinlichkeit gestellt.

Das hohe Interesse, welches unser Fall für sich beansprucht, beruht darauf, dass die Beobachtung mit unzweifelhafter Sicherheit auf einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten und der Exacerbation der Nephritis und der Xanthomeruption schliessen lässt. Das Xanthom ist keine Localerkrankung, sondern eine Erkrankung auf einer allgemeinen Grundlage. Deshalb ist das Xanthom nicht den eigentlichen Tumoren zuzurechnen, selbst wenn man Unna's System der Entwicklung der weichen Naevi, die dem Xanthomprocess anatomisch vielleicht am nächsten stehen, zu Grunde legen wollte; deshalb zugleich ist der Xanthomprocess auch keine prolifération irritative und dégéneréscence graisseuse, die Verfettung tritt in der volllebensthätigen Zelle ein. Wir haben unsere Knötchen plan werden sehen, aber sobald sie plan sind, enthalten sie das charakteristische Fett nicht mehr. Und anatomisch wie klinisch steht unser Fall dem gewöhnlichen Augenlidxanthom gegenüber völlig fremdartig da. Das Wesen der Säfteanomalie aber zu ergründen, dürfte noch in weite Ferne gerückt sein.

Für die Ueberlassung des Materials spreche ich an dieser Stelle meinem verehrten Chef, Herrn Dr. Eichhoff meinen



ergebensten Dank aus. Herr Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Neisser übersandte mir zum Studium der Literatur die Annalen, auch ihm dafür meinen tiefgefühltesten Dank.

Literatur.

1. Chambard. Du Xanthome temporaire des diabétiques et de la signification nosologique du Xanthome. Annales 1884.

2. Traité des maladies de la peau. 1825. Atlas des maladies de la peau. XXII. Fig. 15. Ref. Schwimmer u. Babes in Ziemssen's Handbuch XIV.

3. Leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Louis. Journal de médec. et de chirurgie pratique. 1878. Gazette des hôpitaux 1878.

4. Du Xanthélasma et de la Diathèse xanthélasmique. Annales de Dermatologie. 1879/80.

5. Addison und Gall. 1851 u. 1852. Guys hospital reports. 1851. VII. part II, p. 265 u. VIII part 1, 1852 p. 149.

6. Endothelioma adiposo. Richerche cliniche ed anatomiche su lo xanthelasma la structure et la signification du Xanthélasma d'après Carlo de Vincentiis, Chambard. Ann. 1887. Rivista clinica Nr. 7. Luglio 1887.

7. Ueber das Xanthom, insbesondere dessen Histiologie und Histogenese. Vierteljahrsschrift f. Derm. u. Syph. 1885.

8. Histopathologie p. 960.

9. Ueber multiple symmetrische Xanthelasmen und Lipome. Diss. Heidelberg 1889.

10. On Xanthelasma on Vitiligoïdea. Constaneous Journ. Med. 1869.

11. Schwimmer. Ziemssen's Handb. d. Hautkrankh. Bd. II p. 452.

12. Malcolm Morris. A case of so called Xanthoma tuberosum. Transactions of the Pathological Society of London. 1883.

13. Journal of cutan. med. London 1870. XIV.

14. Two cases of Vitiligoidea. Transactions of the pathol. Society. 1868. XIX. 434.

15. Sur la structure, l'origine et le développement des Kystes de l'ovaire. Archives de physiol. 1878/79.

16. Étude sur le xanthélasma. Th. de Paris 1877.

17. Ueber Protoplasmafärbungen nebst Bemerk. über die Bindegewebszellen der Cutis. Monatsh. f. prakt. Dermat. XIX. 1894 p. 226.

18. Quinquaud. Analyses du sang de quatre malades de l'hôpital Saint-Louis. Bulletin de la Société clinique. 1878.

19. Untersuchungen über den anatomischen Charakter der Xantelasma. Archives de Physiologie. 3. Série. Bd. IV. p. 65.

20. Darier, Paris. Pseudoxanthoma elasticum. Dermatol. Congress, London. Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIII. Nr. 12.



Erklärung der Abbildungen auf Taf. IV u. V.

Fig. 1. Nach einem in Flemming'scher Lösung osmirtem, in Paraffin eingebetteten, mit Saffranin gefärbten, in Kali aceticum eingeschlossenem Schnitte. Vergröss. 80.

a Oberhautgewebe mit verdünntem Rete Malpighi über dem Xanthomknötchen und seitlich verdrängtem Papillarkörper. *b* Zu Gruppen geordnete, durch leichte Cutiszüge getrennte Xanthomknötchen. *c* Cutisgewebe mit Gefässen, Nerven (*d*), Haarorganen (*e*), Schweissdrüsen (*f*). *g* Subcutanes Fettgewebe.

Fig. 2. Nach einem in Flemming'scher Lösung gehärteten, mit Anilinsaffranin gefärbten Paraffinschnitt aus einem Knötchen des linken Ellenbogens. Vergrösserung 1000 (Zeiss'scher Apochromat).

a Basalmembran der Fusszellenschicht. *b* Oberflächliche Lymphspalte mit randständigen Lymphgefässendothelien, welche mit Xanthomfett sich zu imbibiren beginnen und desquamirter xanthomatöser Endothelzelle und fetthaltigem Zerfallsmaterial. *c* Lymphgefäss mit randständigen Xanthomzellen (*k*), welche noch karyomitotische Figuren aufweisen. *d* Ovale Xanthomzellen, die wahrscheinlich durch Karyomitose aus einer Zelle entstanden sind. *e* Nicht unmittelbar mit Lymphgefässlumina zusammenhängende Xanthomzellen. *f* Mit Xanthomzellen durchwuchertes und dilatirtes Lymphgefässlumen. *g* Stärker verfettete Xanthomzelle.

Fig. 3. Vergrösserung 1000. (Zeiss Apochromat.) Nach einem Osmium-Anilinsaffranin-Kali acet.-Präparat.

a Xanthomzellen im Uebergang zur völligen Fettmetamorphose. *b* Mit grösseren Fettropfen und Fettstaub durchsetzte ovale Zellen. *c* Xanthomriesenzellen mit saffraninrothem Centrum.

Fig. 4. Nach einem in Sublimat fixirten, in Paraffin eingebetteten Hämatoxylinpräparat. Vergrösserung 1000.

a Leicht verfettete Zellen des Randgebietes mit scharfem Kern. *b* In Theilung begriffener Kern einer Randzelle. *c* Mehrkernige, mit mässig grossen Fettvacuolen durchsetzte Zellen. *d* Auf dem Wege der Karyomitose aus einer Zelle entstandene, mit kleineren Fettvacuolen durchsetzte Zellen. *e* Mit zerfallenden, gelappten Kernen versehene Zellen, welche infolge der Fettüberladung dem Degenerationsprocess verfallen sind. *c e* sind als Riesenzellen aufzufassen.

Fig. 5. Papillardurchschnitt. Nach einem Osmiumsaffraninschnitt Vergrösserung 680.

a Blutgefässe. *b* Lymphspalte. *c* Lymphspalte mit einer verfetteten Endothelzelle. *d* Grosse dilatirte centrale Lymphspalte mit gewucherten xanthomatösen Endothelien. *e* Durch endotheliale Xanthomzellenwucherung obturirte Lymphspalte.

Fig. 6. Papillendurchschnitt. Nach einem in Sublimat fixirten, in Paraffin eingebetteten, mit Saffranin gefärbten Schnitte. Vergröss. 680.

a Durch Karyomitose sich theilende Xanthomzellen eines obturirten centralen Lymphgefässes einer Papille. *c* Ruhende Xanthomzellen im früheren Lymphgefässlumen. *d* Ruhende Xanthomzellen ausserhalb des früheren Lymphlumens. *e* Xanthomzellentheilung ausserhalb des früheren Lymphgefässes. *b* Nicht afficirte kleinere periphere Lymphspalten.

Fig. 7. Pigmenttransport. Nach einem, in Flemming'scher Lösung fixirten, in Paraffin eingebetteten, mit Saffranin gefärbten Schnitte. Vergrösserung 1000 (Apochromat).

a Karyomitosen in der Stachelschicht und *b* in der Fusszellenschicht. *c* Mit wucherndem Endothel versehene neugebildete Lymphspalten. *d* Xanthomzellreste mit reichlichem goldgelben Pigment durchsetzt, durch interfasciculäres Bindegewebe getrennt. *e* In Leukocyten eingeschlossenes, *f* im Cutisgewebe freiliegendes Pigment. *g* Hochgradige Pigmentansammlung in der Fusszellenschicht.

Zur Technik der Lungenembolieen bei Hydrargyrumparaffininjectionen.

Von

Dr. **Harttung,**
Primärarzt der dermatologischen Abtheilung des Allerheiligen Hospitals zu Breslau.

In der vorigen Nummer dieses Archivs veröffentlicht Dr. Schulze in Kiel einen neuen Fall einer offenbar ganz reinen Lungenembolie bei Hg-Salzparaffininjection und knüpft einige, mir nicht ganz einwandfrei erscheinende Erörterungen daran. Er schreibt, dass er bei der nächsten Injection, die er seinem Patienten gab, nachdem dieser sich von der ersten Embolieattaque erholt hatte, ganz genau darauf geachtet habe, keine Vene zu „berühren". Ich verstehe nicht, was Schulze sich bei diesem Satz gedacht hat und noch weniger, wie es eine Möglichkeit geben soll, bei senkrecht zur Haut eingestochener Canüle darauf „zu achten", dass nicht irgend eine Vene in den Stichcanal kommt, durchstochen oder seitlich getroffen wird; man kann doch nicht bis mehrere Cm. weit in die Tiefe sehen!

Aber es ist ja auch ganz gleichgiltig, ob die Vene berührt wird auf dem Wege oder nicht, es handelt sich doch nur darum, ob der Spritzeninhalt direct in eine Vene hineingebracht wird, mit anderen Worten, ob im Augenblick der Injection die Canülenöffnung in einer Vene liegt. Wenn man selbst durch eine ziemlich grosse Vene hindurchginge, ohne am Stempel zu drücken — eine allerdings selbstverständliche Voraussetzung der Technik der Injection — so würde das gar nichts weiter schaden: es würde ein klein wenig Blut aus der Vene austreten, aber die Compression des umgebenden Gewebes würde genügen, das ganze Accidens zu einem völlig harmlosen zu machen.

Wie sich Schulze den so schwer zu deutenden späten Eintritt der Lungenerscheinungen erklärt, habe ich auch nicht verstanden. Er deutet an, dass das vielleicht von der Ver-



schiedenheit vom Vehikel, Paraffin oder Oel, abhängen könne, und weist im nächsten Satze auf Möller, der doch mit Paraffin als Vehikel die ausgeprägtesten Früherscheinungen neben Späterscheinungen gehabt hat.

Nicht Blaschko hat ferner empfohlen abzuwarten, ob an oder neben der Canüle Blut herausfliesse, sondern Lesser hat vorgeschlagen, die Spritze abzunehmen und abzuwarten, ob aus der Canüle Blut fliesst. Dass neben der Canüle, wenn 3 Cm. in der Tiefe — und so lang ist wohl jede Nadel — eine Vene angestochen wird, kein Blut herausfliessen wird, das ist wohl ohne Weiteres klar, aber auch aus der Canüle braucht, wenn man nach Lesser verfährt, kein Blut zu fliessen und ich halte es für sehr wichtig, dies festzustellen.

Schon auf dem internationalen Congress in Berlin hatte mir Lesser, gelegentlich des persönlichen Berichtes über einen Fall von Embolie, der mir damals zugestossen war und den ich auch später mit einem 2. in der D. M. W. 1894 veröffentlicht habe, vorgeschlagen, die Canüle abzunehmen und erst abzuwarten, ob aus derselben Blut fliesse. Sei eine Vene angestochen, d. h. sei die Mündung der Canüle in der Vene, so sei das der Fall. Mit dieser technischen Manipulation könne man Embolieen vermeiden.

Ich bin bald nach dieser Zeit bei den Injectionen, welche ich gemacht habe, seinem Vorschlage meistens, nicht immer, gefolgt und habe nur einmal noch ein Desastre wieder erlebt. Aber wie ich immer Zweifel an der Richtigkeit des Lesserschen Schlusses, dass Blut aus der Canüle fliessen muss, wenn eine Vene angestochen wird, gehabt habe, so glaube ich auch, dass dies Ausbleiben von Embolieen unter den von mir seit 1894 gemachten Injectionen, die ich seitdem in einer Statistik genauer verfolge (ca. 3000), nicht allein ein Verdienst der Lesser'schen Methode ist. Ich hielt es schon damals theoretisch für nicht wahrscheinlich, dass eine Canüle, der Stromrichtung des Blutes entsprechend, eingestossen, Blut aus der Vene austreten lassen müsse. Ich nahm an, dass der Blutstrom vorbei gehen werde und dass der Blutdruck nicht so gross sei, um nach rückwärts die vielen Widerstände in einer doch immerhin relativ engen Canüle zu überwinden; ganz abgesehen da-



von, dass die schlitzförmige Canülenöffnung sich direct der Gefässwand anlegen kann und so sehr einfach einen vollkommenen Verschluss, nicht für den Eintritt des Injectums, aber für das rückwärts herausstrebende Blut bilden kann.

Aus einer Anzahl experimenteller Prüfungen sehe ich, dass ich mich in diesem theoretischen Raisonnement nicht getäuscht habe. Gelegentlich anderer Versuche legte ich bei einer Anzahl mittelgrosser Kaninchen die Schenkelvene, ein mittelgrosses, zartwandiges Gefäss, frei und stiess eine, nicht mit Paraffin gefüllte Nadel centripetal ein — es kam kein Blut; in einer zweiten Reihe ging ich centrifugal mit Paraffin gefüllter Canüle ein — wiederum quoad Blutaustritt mit negativem Erfolg. Die Canüle enthielt stets Blut, wie sich ergab, wenn man nachher durchblies, aber der Druck hatte doch nicht genügt, es an das Ende zu treiben und ausfliessen zu lassen. Dagegen war die Blutung sehr erheblich aus der Einstichöffnung, sobald ich die Canüle herausnahm, da das Gefäss lang frei lag und jeder comprimirende Muskeldruck fehlte. Ich habe nachher auch beim Menschen nachgeprüft: auch die zur Unterbindung frei gelegte Saphena ergab bei 3 Fällen bei centripetal eingestochener Nadel kein Blut, das eine Mal bei paraffingefüllter Nadel, das zweite Mal bei Nadel ohne Paraffin. In einem anderen Falle tropfte aus einer grossen Armvene, wiederum bei centripetalem Einstich bei, zum Hervorheben der Vene abgebundenem Arm reichlich Blut. Sobald die Constriction gelöst war, hörte das Tropfen und überhaupt das Ausfliessen auf. War die Nadel mit Paraffin gefüllt und liess die Constriction unmittelbar nach dem Einstich nach, so kam überhaupt kein Blut. Ich habe mich an Leichen nicht von dem Vorhandensein grosser Venen l a c u n e n in der Glutaealmusculatur überzeugen können; wohl verlaufen Bündel von mehreren mittelgrossen Venen nebeneinander, die gefüllt einen ganz ansehnlichen Strang darstellen, aber die Canüle, welche diesen Strang trifft, wird doch in ihrem Lumen eventuell nicht in mehreren Gefässen, sondern in einem liegen und in der Praxis werden nur äusserst selten die Verhältnisse denen des Experiments gleichen, bei dem die Nadel ganz dem Gefässlauf, im Gefässrohre liegend, folgt. Mit anderen Worten: eine in den



Glutaeen angestochene Vene, bei der das Canülenlumen im Gefäss steckt, wird noch weniger häufig, als in den oben beschriebenen, zurecht gemachten Verhältnissen Blut austreten lassen.

Also: die Modification der Injection nach Lesser gibt auch keine absoluten Garantien für das Vermeiden der Embolie und ich weiss nicht — das ist mein Haupteinwand gegen die Methode — ob nicht in einer technisch nicht ganz sicheren Hand die Gefahr der Luftembolieen beim Abnehmen und Wiederaufsetzen der Spritze vergrössert wird. Ich möchte diese Gefahr fast grösser anschlagen, als die der Paraffin Hg-embolieen.[1])

Trotz alledem habe auch ich bis jetzt aus allen Literaturangaben aus der verschwindend kleinen Zahl wirklicher Embolieen nicht die Ueberzeugung gewinnen können, dass die subcutane Injectionsmethodê unlöslicher Hg-Salze nicht eine ganz ausgezeichnete Methode sei. Sie zu beseitigen geben auch die unglücklichen Lungenembolieen, von denen noch keine zu einer dauernden Schädigung geführt hat, keinerlei Grund.

Eine Zusammenstellung von ca. 8000 genau beobachteten Injectionen aus den letzten 3 Jahren von meiner Abtheilung weist 5 ganz harmlos verlaufene Embolieen auf. Die Mittheilung wird demnächst veröffentlicht werden.

[1]) Es ist mir nie eingefallen, um auf Magnus Möllers Vorwurf in dem letzten Hefte dieses Archivs zu antworten, zu resigniren und auf eine Weiterausbildung der Technik, die eine Verbesserung der Methode bringen würde, zu verzichten. Aber bis diese sicher da ist, müssen wir die sehr seltenen Embolieen „in Kauf nehmen“ und auch von Möller's 28 Patienten haben sie wenigstens 16 „ganz ruhig in Kauf genommen“; von den anderen erfahren wir nicht, wie sie weiter verlaufen sind.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen des Vereines ungarischer Dermatologen und Urologen.

Sitzung vom 22. October 1896.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Basch.

1. Justus stellt einen Fall von Pigmentation um die Augen herum vor, welche durch Eindringen von Kohlenkörnchen entstanden ist. — An beiden Seiten der Stirne, an den Augenlidern und im Gesicht, unter den Augen ist eine schwarze Pigmentation, welche aus zahllosen schwarzen Punkten besteht. Die Pigmentkörnchen sitzen unter dem Epithel und Corium und wie es scheint, nicht nur in den Ausführungsgängen der Follikel, sondern auch ausserhalb derselben. Dieser Zustand besteht seit 5—6 Jahren, verbreitet sich sehr langsam und zeigte sich zuerst ober den Augenbrauen. Nach mechan. Entfernung eines Körnchens ergab die mikroskopische Untersuchung, dass dasselbe höchstwahrscheinlich ein Kohlenkörnchen sei. Patient ist Eisenbahnbeamter, ist daher fortwährend dem Rauch und Kohlenstaub der Locomotiven ausgesetzt. Die Kohlentheilchen des Rauches hatten gewiss das Leiden verursacht. Weshalb jedoch die Pigmentation nur auf gewisse Stellen beschränkt ist, kann Justus keinen Grund angeben. Therapeutisch wäre nur die mechanische Entfernung der einzelnen Körnchen möglich.

Basch hatte einen ähnlichen Fall, wo die Veränderungen am Nasenrücken und in der Schläfengegend bei Gelegenheit eines Eisenbahnzusammenstosses entstanden sind. Patient fiel nämlich an die Kante der Coupéthür und erlitt geringfügige Quetschungen. Die Pigmentation entstand nach der Ansicht B.'s dadurch, dass der Kohlenstaub, welcher gewöhnlich auch mit Oel gemengt ist, in Folge des plötzlichen und heftigen Druckes in die tieferen Schichten der Epidermis und auch in die Papillen des Coriums eingedrungen ist und dort unverändert stehen blieb.

Justus ist der Ansicht, dass die Entfernung der Pigmentation durch künstliche Irritation der Haut möglich sei.

Török erwartet von Irritabilien nur dann einen Erfolg, wenn die Kohlenkörnchen in der Epiermis sind; wenn dieselben im Corium sitzen, ist jene Therapie erfolglos.

Schwimmer empfiehlt Justus jene Heilmethode, die man bei Epheliden und Lentigines anzuwenden pflegt. Auch hier erstrecken sich



zuweilen die Pigmentationen in das Corium und man erzielt trotzdem durch stark irritirende Mittel eine künstliche Entzündung der Haut, bei welcher Gelegenheit die Pigmentzellen von der Oberfläche des Corium ausgestossen werden.

2. Török. Lupus vulgaris disseminatus. Das 2½ Jahre alte schwächliche, anämische Mädchen hatte vor 12 Monaten Morbilli durchgemacht. Kurze Zeit nachher entstanden auf der Rückenseite der linken Hand und des kleinen Fingers drei kleine Knoten, wozu sich im Verlaufe von circa 3—4 Monaten noch 13 Hautläsionen gesellt hatten, welche an der linken Wange an der linken Ohrmuschel, am rechten Handrücken, an beiden Oberschenkeln und in der Glutäalgegend sassen. Gegenwärtig sind zusammen 16 Hautläsionen sichtbar. An der linken Wange sieht man auf einer erbsengrossen, atrophischen Hautpartie die typischen gelblichrothen durchglänzenden Veränderungen des Lupus. Am Lobulus des linken Ohres sind ähnliche Veränderungen, welche von Epidermisschuppen bedeckt sind. Die übrigen Läsionen stellen bis linsengrosse bläulich-röthliche Erhebungen dar, in deren Mitte eine graue Kruste sich befindet, nach deren Entfernung ein oberflächliches Geschwür sichtbar wird. Keine der zuletzt beschriebenen Läsionen zeigt eine Rückbildung. Im Gegentheil ist ein langsames, jedoch stetiges Wachsthum derselben bemerkbar. Da die Laesionen in einer relativ kurzen Zeit und so sehr zerstreut auftraten, ist T. der Ansicht, dass dieselben auf embolischem Wege entstanden sind.

3. Havas: Asphyxia localis. Bei dem 12jährigen schwächlichen Mädchen entstand das Leiden vor 6 Jahren. Aus der Anamnese ist hervorzuheben, dass vor 6 Jahren die Finger und Zehen öfter gefühllos wurden, bald blass, bald roth waren und in denselben öfter ein Jucken, hie und da auch Schmerzen sich einstellten. Das Rothwerden der Finger war anfangs vorübergehend, wurde jedoch allmälig constanter. Mit der Zeit wurde die Beweglichkeit an Finger und Zehen allmälig eine geringere und es stellte sich ein constantes Kältegefühl in denselben ein. Das Leiden trotzte jeder Therapie. Status praesens: Besonders die Finger sind stark angeschwollen roth, oder bläulich-roth; einzelne Zehen zeigen in einer kühleren Temperatur sogar eine schwärzliche Farbe. An den Fingerspitzen sind punktförmige bis hanfkorngrosse, schwarze, trockene, wahrscheinlich durch Blutextravasat entstandene Erhebungen. Einzelne Fingerspitzen sind in Folge Verschwindens des Fettpolsters zugespitzt und deren Haut narbig verändert. Aehnliche narbige Hautveränderung merkt man an der Dorsalseite der dritten Phalangen. Einzelne Fingernägel sind krüppelhaft entwickelt und kleiner. Finger und Zehen sind beim Anfühlen kalt, starr, schwer beweglich. Intellectuell ist die Patientin, nach der Meinung der Angehörigen zurückgeblieben. Herz, Gefässe, Lungen, Nieren intact. In der Sensibilitäts- und Motilitäts-Sphäre keine Veränderungen. Kniereflexe ein wenig lebhafter. Plantarreflex fehlt. Hautempfindlichkeit intact. Pupillenreaction intact, ebenso die Gesichtsinnervation. Galvanische und faradische Unter-

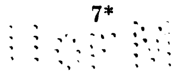
suchung zeigt normale Verhältnisse. Im Urin grössere Menge vom oxalsauren Kalk zugegen. Appetit gut. Syphilis und Ergotinbehandlung ausgeschlossen, ebenso hereditäre Belastung, septische Infection als auch Hysterie.

Die Differential-Diagnose erstreckt sich auf: 1. Erythema perstans, 2. Congelatio, 3. Morvan'sche Erkrankung, 4. Erythromelalgia und 5. Asphyxia localis.

Das Erythema perstans kommt nicht in Betracht, nachdem bei demselben auch bei jahrelangem Bestehen keine so schwere anatomische Läsionen entstehen, wie bei dem vorgestellten Fall.

Congelation kann ausgeschlossen werden, weil das Leiden im Winter und Sommer unverändert besteht, es fehlt das intensive Jucken, Hitzegefühl und es besteht im Gegensatz damit ein ständiges Kältegefühl. Ebensowenig konnte eine Blasen- oder Geschwürsbildung beobachtet werden. Die Morvan'sche Erkrankung kann deshalb ausgeschlossen werden, weil hier keine Anaesthesie der Extremitäten vorhanden ist, auch fehlen Panaritien, Risse und Geschwüre der Haut, als auch Symptome der Syringomielie. Die Erythormelalgie musste ausgeschlossen werden, da zu den Symptomen derselben eine erhöhte Temperatur, starke Transpiration als auch grosse Schmerzen zu zählen sind, während bei unserem Falle eben das Gegentheil dieser Symptome vorhanden ist. Daher wurde die Erkrankung mit Recht als „Asphyxia localis" oder Raynaud'sche Krankheit diagnosticirt. Nachdem aber die Asphyxie keine selbständige Krankheit, sondern nur ein Symptom ist, musste H. das Grundleiden erforschen. Locale Asphyxie kann das Symptom sein:

1. Eines Gehirn- oder Rückenmarkleidens was hier nicht vorhanden ist. 2. Einer Neuritis, welche ebenfalls auszuschliessen ist, weil ausstrahlende Schmerzen als auch Paraesthaesie fehlen. 3. Der Hysterie. Kein anderes Symptom ist hier zu entdecken. 4. Keine Ernährungsstörungen. *a*) Acute Infectionskrankheiten (Typhus, Intermittens, Variola, Scarlatina, Morbili etc.) hatte Patientin nie durchgemacht. *b*) Constante, Tage hindurch dauernde Schmerzen waren nie vorhanden. *c*) Chlorose ist jedoch ohne Zweifel vorhanden. Havas' Meinung ist also, dass in den Extremitäten des anämischen Individuums unter normalen Verhältnissen eine regelmässige Circulation vorhanden sei, aber dass Kälte, oder auch chemikalische Einwirkungen verursachen reflectorisch eine Irritation der motorischen Centren, wodurch nur locale Synkope entsteht und in deren Folge nach Erschlaffen der krampfhaft verengten Blutgefässe die Asphixie auftritt, wie dies Raynaud dargestellt hat. Die Erkrankung entstand daher in Folge Zusammenwirkens von abnormen functionellen Störungen des Nervensystems, einer Trophoneurose mit der Anaemie. Therapeutisch wurde Arsen, Eisen, Massage, Elektrisation ohne sichtbares Resultat versucht. Diese Erfolglosigkeit brachte H. auf den Gedanken, die Organotherapie zu versuchen und er verordnete Spermin, welches auf die Kranken angeblich eine be-





lebende Wirkung auszuüben pflegt. Nebenbei kommt eine regelmässige Gymnastik der Finger, lauwarme Bäder und Elektrisation zur Verwendung.

Török sah die Patientin vor längerer Zeit und er verordnete ebenfalls irritirende warme Localbäder (mit Senfmehl), sieht jedoch jetzt ebenfalls keinen Erfolg dieser Behandlung. Bezüglich der Diagnose ist jedoch T. anderer Meinung. Die wichtigen Symptome der Raynaud'schen Erkrankung fehlen in diesem Falle. T. konnte sowohl durch directe Beobachtung als auch aus der Anamnese keine Stützpunkte für das öftere Auftreten von localer Anaemie und Asphyxie finden. Spontane Schmerzen waren nie zugegen, Paraesthesien waren ebenfalls kaum bemerkbar. Ausserdem entwickelte sich seit jahrelangem Bestehen keine Gangraen. Die bestehenden schwärzlich-röthlichen Flecken sind theils Haemorrhagien, grösstentheils jedoch Angiektasien, da dieselben bei leichter Massage erblassen. Török betrachtet den Fall als eine seit langer Zeit bestehende Stauungshyperämie, wie dies bei Congelationen vorzukommen pflegt. Das Krankheitsbild entspricht dem, zuerst von Mibelli beschriebenen Angiokeratom. Seitdem berichteten Tommasoli, Pringle und andere über ähnliche Fälle, bei denen ähnlich, wie bei dem vorgestellten Falle, die von Mibelli beschriebene Hyperkeratosis fehlte. Auch T. sah mehrere ähnliche Fälle.

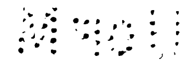
Schwimmer hält die Erkrankung für eine Angioneurose, deren Ursache im Nervensystem oder in äusseren Umständen zu suchen ist. Im gegenwärtigen Fall kann die Erfrierung mit Recht als ätielogisches Moment angenommen werden, in Folge dessen angio- und später trophoneurotische Veränderungen auftreten können. Nachdem hier die Vasaconstrictoren angegriffen sind, könnte man vielleicht mit dem Galvanischen Strom eine Besserung erzielen. Von Spermin hat Schwimmer per os gegeben keine Wirkung gesehen. Jedoch von dessen subcutaner Anwendung in mehreren Fällen eine gute Wirkung auf die Erhöhung des Stoffwechsels beobachtet.

S. Róna ist auch der Ansicht, dass der Fall mit der Congelation grosse Aehnlichkeit habe. R's. Erfahrungen sprechen ebenfalls dafür, dass bei chloroanämischen Individuen das Entstehen von hochgradigen Pernionen öfters vorkomme.

Justus macht in Bezug auf Nervenveränderungen auf den jüngst in der Berl. klin. Wochenschrift von Dechio erschienenen Artikel über Erythromelalgie aufmerksam. Der Autor fand an einer resecirten Art. ulnaris eine Endarteritis, während der N. ulnaris histologisch intact war. Erythromelalgie und Raynaud'sche Erkrankung sind verwandte Krankheiten, so dass Justus auf Grund obiger Befunde der Meinung ist, dass auch hier eher in den Arterienwandungen als in den Nerven eine Veränderung zu suchen sei.

Meisel's erwidert Justus, dass in einem Falle von „Asphyxie" Englisch's neben Veränderungen der Blutgefässe auch Nervenveränderungen vorhanden waren.

Havas hält seine Diagnose aufrecht und betrachtet als ätiologisches





Moment trophische Störungen, welche verosimiliter durch Erfrierung an dem chlorotischen Individuum entstanden sind.

4. Schwimmer: Dermatitis exfoliativa geunina. R. B., 42 Jahre alte verheiratete Frau hat 6 lebende gesunde Kinder. Eine ähnliche Erkrankung kam in ihrer Familie nie vor. Zuerst zeigten sich bei Patientin vor einem Jahre Wimmerlen und Bläschen an den Unterschenkeln mit quälendem Jucken, in Folge dessen Patientin die Oberfläche der Hautveränderungen abkratzte, an deren Stelle sich dann ein Nässen mit nachfolgender Krustenbildung entwickelte. Aehnliche Veränderungen zeigten sich nachher im Laufe von zwei Monaten am Rücken, auf den Armen, Händen, auf der Brust und endlich auch im Gesicht. Während der ganzen Entwicklungsperiode war Patientin angeblich in Behandlung. Nässen war angeblich bis vor 5 Monaten, also im Ganzen 7 Monate hindurch vorhanden, seither besteht der auch jetzt sichtbare schuppende Hautausschlag. Status praesens. Die Haut in ihrer ganzen Ausbreitung lebhaft roth, an den unteren Extremitäten etwas dünkler. Die Röthe verschwindet auf geringen Druck, kehrt jedoch alsbald wieder. Consistenz der Haut zeigt keine Veränderungen, nirgends Infiltration. Die Haut beim Anfühlen glatt, jedoch trocken, glänzend, hat ein atrophisches Aussehen, welches besonders dann hervortritt, wenn Patientin keine Salbe braucht. Wenn Patientin nur einen Tag nicht badet, so ist die ganze Haut mit weissen, silberartig glänzenden lamellösen Schuppen bedeckt und das Jucken ist dann unerträglich. Fusssohlen normal. An den Handflächen sind stecknadelkopf- bis linsengrosse, rothe Efflorescenzen sichtbar. Die Desquamation fehlt an den Fusssohlen und Handflächen gänzlich und ist an den Dorsalflächen der Hände und Füsse am stärksten, viel geringer jedoch an den Beugen. Das Aussehen entspricht der Pityriasis rubra (Hebra), nur die Entwickelung des Leidens ist ein differentes, nachdem bei der ersten, rothe, schuppende Knötchen sich entwickeln, welche den ganzen Körper bedecken, während hier Bläschenbildung, Nässen und Krustenbildung vorherging und erst später ein trockener, schuppender Ausschlag sich entwickelte.

5. Schwimmer: Epitheliomartiges Scrophuloderma. G. J., 12 Jahre alt, Eltern und drei Geschwister leben, alle gesund. Vor 2 Jahren vereiterten die rechten Submaxillardrüsen. Der Eiter wurde operativ entleert, die Schnittwunde heilte alsbald zu. Kurze Zeit nachher öffnete sich spontan an derselben Stelle ein Abscess und es bildeten sich thalergrosse Geschwüre mit aufgeworfenen Rändern und mit schmutziggrauem eiternden Boden. Diese Geschwüre verheilten an der Klinik im Verlaufe von 3 Monaten und an deren Stelle sieht man jetzt eine rothe Narbe. An der Oberlippe begann die Erkrankung angeblich mit einer plötzlichen Anschwellung der rechten Hälfte. In der Mitte der Anschwellung bildete sich eine Blase, welche spontan aufbrach. Bei Aufnahme der Patientin war ein thalergrosses Geschwür mit stark infiltrirten, aufgeworfenen Rändern vorhanden, dessen Oberfläche mit torpiden stark eiternden Granulationen bedeckt war. Seitdem wurden aus dem einen grossen Geschwür



in Folge theilweiser Vernarbung zwei kleinere Geschwüre. Das vom Rande des Geschwürs excidirte Gewebsstück zeigte ein Granulationsbild. Tuberkelbacillenbefund negativ.

6. Schwimmer: Lichen papulo oedematosus. L. J., 41 Jahre alt, Kellner, bekam vor Jahren am Rücken einen juckenden Hautausschlag, welcher in den ersten 2 Jahren im Sommer sich entwickelte und im Winter spontan verschwand. Vor 3 Jahren erkrankte Patient an Influenza und 4—5 Tage nach dem Verlauf derselben stellte sich am ganzen Körper ein starkes Jucken ein, als dessen Folgezustand angeblich Papeln sich entwickelten, welche viel grösser waren als die jetzt sichtbaren. Auch verschwanden dieselben und es entwickelten sich wieder neue, während die jetzt sichtbaren theilweise persistenter Natur sind. Zu jener Zeit war P. auf Sch's. Abtheilung in Behandlung, wurde jedoch ungeheilt entlassen, worauf derselbe sich gleich nachher in Wien auf die Klinik Kaposi's aufnehmen liess. Nach 7 Wochen wurde er auch dort ungeheilt entlassen. In den letzten 3 Jahren war das Jucken unerträglich. Patient kratzte sich überall, besonders an den unteren Extremitäten blutig, es bildeten sich nachher Krusten, an deren Stelle mit einem dunklen Pigmenthof umgebene oberflächliche Narben zurückblieben. Status praesens: Auf beiden Schläfengegenden, auf der Stirn, auf der behaarten Kopfhaut fühlt man hanfkorngrosse, derbe, scharfbegrenzte, aus der Haut hervorstehende Knötchen, welche nicht zusammenfliessen. Die Haut ist an deren Oberfläche roth und verursacht starkes Jucken. Die Veränderungen auf der Stirn bestehen seit 4 Monaten unverändert. Aehnliche Veränderungen sind am Nacken zu sehen. Am Rücken, wo das Uebel begonnen hat, ist gegenwärtig ausser Pigmentflecken zwischen den zwei Schulterblättern nichts zu sehen. Auf der Brust, jedoch in grosser Zahl sieht man ähnliche Knötchen, welche hie und da bis linsengross sind, am Bauch, an mehreren Stellen ist die Oberfläche der Knoten excoriirt. Unter dem Sternum sind die Knötchen eigenthümlich dunkelbraun, wachsartig glänzend. Die Knötchen treten an den meisten Stellen erst nach starkem Kratzen auf. An den Extremitäten sieht man grösstentheils Pigmentationen, deren Centrum weisslich narbenartig ist. An den Unterarmen befinden sich lichenoide Veränderungen; an den Händen sind keine Veränderungen. An den unteren Extremitäten sind ebenfalls Knötchenbildungen vorhanden, jedoch in überwiegender Zahl die oben beschriebenen Pigmentflecke, deren Entstehung in der Anamnese beschrieben ist. An der Innenfläche der Oberschenkel bemerkt man wieder lichenoide Papeln. In der Bauch- und Lumbalgegend ist die Haut ödematös, die einzelnen rothen Knoten sind von einem weisslichen, scharf begrenzten Hof umgeben. Ausserdem sieht man einzelne atrophische Stellen, welche als Rückbildungsstadium der Erkrankung zu betrachten sind. Charakteristisch ist weiters die mässige Anschwellung der Inguinaldrüsen, wie man dies bei jungen, an Prurigo leidenden Individuen zu sehen pflegt. Schleimhäute sind normal und intact. Das Jucken ist constant und jede Behandlung dagegen bisher erfolglos.

S. Róna bemerkt, dass der P. vor zwei Jahren auf seiner Abtheilung gelegen ist und dessen Hauptklage war nicht der Ausschlag, sondern das Jucken. R.'s Diagnose war Pruritus mit consecutiver Lichenification.

Török sah vor $1^1/_2$ Jahren den Kranken. Die damals bestandenen Hautveränderungen waren theils persistente, theils fugitive Hyperämie und Oedem. T. meint, dass hier in Folge centraler Ursache ein Pruritus vorhanden sei, welcher durch Vermittelung des fortwährenden Kratzens die verschiedenen secundären Hautveränderungen hervorrief. In Folge des ständigen Kratzens bildeten sich seiner Meinung nach acut persistirende Veränderungen, deren hystologisches Substrat eine Zelleninfiltration ist. Als T. den Patienten sah, klagte derselbe, dass sein Erinnerungsvermögen geschwächt sei, auch seine Sprache war gedehnt und stotternd, die Reflexe erhöht, in Folge dessen sandte T. den Patienten zu den Nervenspecialisten Dr. Donath, welcher eine Dementia paralytica incipiens diagnosticirte.

Schwimmer betont, dass der P. vor 3 Jahren mit der Diagnose: Lichen auf seiner Klinik gelegen ist und hält den Fall besonders deshalb für interessant, weil die atrophischen Stellen, die Pigmentationen und besonders das circumscripte Oedem den Krankheitszustand begleiten.

7. Török: Mikroskopische Präparate über Lichen ruber acuminatus (Pityriasis rubra pilaris.) Seit Kaposi's letztem Artikel über die Lichenfrage ist es unzweifelhaft, dass der Hebra-sche Lichen ruber, der Kaposi'sche L. r. acuminatus und die Pityriasis ruber pilaris der Franzosen ein und dieselbe Krankheit seien. Es ist nur noch fraglich, ob letztere mit dem L. planus verwandt sei oder nicht? Jene, die an eine Zusammengehörigkeit glauben, geben zwar zu, dass sowohl klinisch als auch die Anatomie der Hautläsionen betreffend scharfe Unterschiede obwalten, berufen sich jedoch darauf, dass beide Erkrankungen an demselben Individuum neben einander vorzukommen pflegen und die eine Form in die andere übergehe. Diese Coincidenz ist jedoch sehr selten, so dass die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden kann, dass in diesen Fällen beide, der Natur nach verschiedene Krankheiten an demselben Individuum nebeneinander vorkommen können. Es ist jedoch auch eine andere Erklärung möglich. Es ist möglich, dass die angeblichen Acuminatuslaesionen nichts anderes sind, als um die Haarfollikel localisirten Planusveränderungen, welche unter solchen Umständen nur äusserlich eine gewisse Aehnlichkeit mit den immer um die Follikeln sich entwickelnden Acuminatuslaesionen haben. Im gegebenen Falle ist daher die histologische Untersuchung wichtig, ob das typische hystologische Bild der Acuminatuslaesion zugegen sei, und ob dasselbe sich erst später zu dem histologischen Bilde des Planus umwandelte. Die demonstrirten Präparate sind dem in der vorletzten Sitzung vorgestellten und auch von Kaposi beschriebenen Fall entnommen. Von den Lichen planus charakterisirenden Epidermishypertrophien ist hier keine Spur zu entdecken. Hier sieht man



nur Hornschichten in dem oberen Theil der Follikel, oder in der umgebenden Hornhautschichte Hornzellenauflagerungen. (Der Vortrag und hystologische Befund erschienen in Nr. 1 und 2 der Pest. med. chir. Presse 1897.)

8. Havas stellt einen typischen Fall von Morbus maculosus Werlhofii vor.

9. W. Vajda. Frühzeitige tertiäre Lues und Tuberculose. (Aus der Poliklinik des Dr. S. Róna.) Der 23 Jahre alte Beamte G. K. suchte etwa vor drei Wochen die Poliklinik des Doc. Róna auf. Eltern leben, sind gesund, von den Geschwistern ist 1 im 5. Lebensjahr an Diphtheritis gestorben. 3 leben und sind gesund. Pat. acquirirte vor 3 Jahren eine Urethalgonorrhoe, wozu sich alsbald linksseitige Epididymitis gesellte, welche allmälig zu einer knorpelharten Infiltration, dann Gewebszerfall des Hodens und des Nebenhodens mit nachfolgender Fistelbildung führte. Vor circa einem Jahr acquirirte Pat. Syphilis und wurde wegen einer perigenitalen Sclerose und nachfolgender secundären Symptomen ebenfalls am Ambulatorium behandelt. Vor 6 Monaten entwickelte sich in der rechten Scrotumshälfte eine Geschwulst, vor 4 Monaten entstanden an der Hautfläche Knoten, welche exulcerirten. Stat. praesens: An der äusseren Fläche des rechten Oberarmes befindet sich ein thalergrosses nierenförmiges syph. Geschwür. Am Condylus ext. humeri ein nussgrosses weiches Gumma. An der Aussenseite des oberen Drittel der Ulna ein hühnereigrosser Tophus. In der rechten Scrotalhälfte eine zweifaustgrosse Geschwulst, deren oberer Theil fluctuirt (Hydrocele) und deren untere Partie eine knorpelharte höckerige Geschwulst bildet, welche die Form der Nebenhode hat und von dem Hoden getrennt ist. Der linke Hoden und Nebenhoden ist nussgross, höckerig, hart und mit der Scrotalhaut verwachsen. An dieser Stelle eine Narbe (geheilte Fistel), Funiculus spermaticus nicht verdickt. In der Mitte der linken Tibia ein gänseeigrosser Tophus. Aus der Urethra kann man einen Tropfen schleimartiges Secret herauspressen. Beide Hälften des Urin (2 Glasproben) klar durchsichtig. Im ersten Theil wenig Detritus. Beide Prostatalappen normal. Wie ersichtlich ist hier zu gleicher Zeit Lues und Tuberculosis vorhanden und Verf. hebt besonders die Thatsache hervor, dass sich hier auf tuberculösem Boden die früheingetretene Tertiärlues entwickelte.

Török hatte ebenfalls 2 Fälle beobachtet, in welchen an mit Tuberculosis pulmonum behafteten Individuum frühzeitige Tertiärlues zum Ausbruch kam und glaubt, dass bei dem frühzeitigen Auftreten letzterer Erscheinungen der geschwächte Organismus als Ursache zu betrachten sei.

S. Róna hat schon eine Reihe ähnlicher Beobachtungen.

Wohl betrachtet die rechtsseitige Hodenerkrankung als Sarkokele syphilitica, während Róna dieselbe als Epididymitis tuberculosa auffasst.

Justus empfiehlt in ähnlichen Fällen die Vornahme seiner Blut-



untersuchungsmethode, und erwähnt zwei Fälle, wo er zu positivem Resultat gelangte.

S. Róna erinnert an einen jüngst erschienenen Artikel Tarnowsky's, welcher die Mischinfection als Causalmoment des früheren Tertiärismus betrachtet. In Vajda's Fall zeigte die Sclerose das gewöhnliche Bild und verlief auch ganz normal.

10. H. Feleki: Prostatitis, Cowperitis et Epididymitis tuberculosa. Der 39jährige vorgestellte Patient acquirirte vor 1½ Jahren eine Blennorrhoe. Nach halbjährigem Bestand des Leidens stellte sich Urinretention ein, der Urin konnte längere Zeit hindurch nur mit Katheter entnommen werden. Zu dieser Zeit entwickelte sich höchstwahrscheinlich die Prostatitis tuberculosa, welche das spontane Urinlassen verhindert hatte. Höchst wahrscheinlich bildete sich auch mit diesem Leiden im Zusammenhang die Fistula ani, welche operirt wurde. Seit dieser Zeit besteht totale Impotenz. Die Behandlung richtete sich hauptsächlich gegen das Urethralleiden, dessen derzeitigen Grund F. sowohl durch das Endoskop als durch äussere Inspection und Palpation in der bestehenden „Cowperitis tuberculosa" fand. Patient steht seit 4 Wochen in Beobachtung. Dem Habitus nach dürfte man nicht an Tuberculose denken. Im Urethralsecret konnten keine Bacillen entdeckt werden. Lungen sind intact. Beide Nebenhoden sind jedoch stark vergrössert, knorpelhaft, auf Druck unempfindlich. Die intact aussehenden Hoden liegen in der quasi tellerartigen Vertiefung der Nebenhoden. Funiculus spermaticus normal. Die Epididymitis verlief beiderseits schmerzlos. Dieser Befund als auch das klinische Bild und Verlauf der Prostatitis und Cowperitis, sowie der Umstand, dass auf der linken Seite des Halses eine chronische Lymphadenitis besteht, rechtfertigen die Annahme eines tuberculösen Processes.

S. Róna hält die Diagnose für unanfechtbar, und hatte schon ebenfalls mehrere ähnliche Fälle beobachtet.

Feleki hält den Fall, nachdem die Hoden ganz normal sind, während die Nebenhoden verhärtet und trotz des langen Bestandes keine Spur eines Stoffzerfalles zeigen, nach den statistischen Daten für einen der selteneren und beruft sich auf König, welcher das Fehlen des Zerfalles trotz 8—10 wöchentlicher Dauer für eine Seltenheit hält.

11. Aschner: Hochgradige Strictur in Folge von Blennorrhoea urethrae des Kindesalters. J. Sp. 19jähriger Schlosser, meldete sich vor einigen Tagen mit der Klage, dass er nicht Urin lassen könne. Tag vorher war ein Arzt schon genöthigt, den Urin per Katheter zu entfernen. Urinbeschwerden bestehen schon seit einigen Jahren und seit 2 Jahren kann er nur mit grosser Anstrengung uriniren. Vor 1½ Jahren trat vollständige Urinretention ein und sein Zustand besserte sich damals nur in Folge örtlicher Behandlung. Gonorrhoe hatte Patient angeblich nie gehabt; vor 3 Monaten konnte er nur einige Tage hindurch 1—2 Tropfen dünnflüssiges Secret herausdrücken; subjective Krankheitssymptome waren nie vorhanden. Status praesens: Aus der Urethra



kann kein Secret herausgedrückt werden. Beide Urinhälften sind rein (2 Glasproben). Der Urin kann nur mit grosser Anstrengung tropfenweise entleert werden. Mit einem Katheter Nr. 8. (engl.) stösst man an der Uebergangsstelle in die Pars scrotalis an ein Hinderniss, welches auch bei Palpation sich als ein Knoten kundgibt. Der Katheter kann jedoch weiter geführt werden, bleibt aber in der Pars bulbosa wieder stecken und gleitet nur durch grösseren Druck über diese zweite Stelle weiter. Nachdem Patient fest behauptet nie eine Gonorrhoe gehabt zu haben und nachdem die Urinbeschwerden schon seit Jahren bestehen, muss hier angenommen werden, dass das ursächliche Moment der Strictur, die Blennorrhoe, im Kindesalter acquirirt worden ist. Nach Aussage der Mutter, war der Penis des Kindes in seinem 4. Lebensmonate entzündet, in Folge dessen damals eine Circumcision vorgenommen wurde. Das damalige Leiden war höchstwahrscheinlich Gonorrhoe mit nachfolgender Balano posthitis. Die Behandlung besteht in Dilatation.

Wohl bemerkt, dass bei einer so lange bestehenden Strictur ein operativer Eingriff ein günstigeres Resultat liefern würde.

Schwimmer ist auch der Ansicht.

Aschner hält es für zweckmässig, zuerst eine Sondencur zu versuchen und nur bei deren Nutzlosigkeit würde er sich für einen operativen Eingriff entscheiden. S. Róna.



Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Anatomie, Physiologie, pathol. Anatomie, allgem. und experim. Pathologie und Therapie.

Ehrmann, S. Das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen des Menschen und der Wirbelthiere in ihrer Entwickelung nebst Bemerkungen über Blutbildung und Haarwechsel. Mit 12 chromolithographischen Tafeln. Bibliotheca medica, Abtheilung D^{II}. Dermatologie und Syphilidologie. 1896.

Die verdienstvolle Arbeit Ehrmann's, deren Fertigstellung mehrere Jahre in Anspruch nahm, geht aus von der Bildung des Pigments bei originär nicht pigmentirten Embryonen von Amphibien. Bei diesen bildet sich das Pigment erst im Embryo, während bei den originär pigmentirten Embryonen gewisser Amphibien- und Fischarten bereits die Eier im mütterlichen Ovarium pigmentirt erscheinen. Selbstverständlich konnte E. bloss die erstere Art zu seinen mühevollen Untersuchungen verwenden. Er beschreibt ausführlich die Entwicklung der einzelnen Keimblätter mit Rücksicht auf die Pigmententwicklung, weiter den Einfluss der Entwicklung des Blutgefässsystems auf das Entstehen von Pigment und übergeht dann zur Schilderung der Verhältnisse der Pigmentbildung beim Säugethier und Menschen, sowie zur Beschreibung des Verhaltens des Pigmentes beim Haarwechsel derselben. Auf Details dieser sehr umfangreichen Arbeit kann hier nicht eingegangen werden, und es seien daher hier nur die Schlussfolgerungen Ehrmann's erwähnt, die folgendermassen lauten:

1. Die Pigmentbildung geschieht in eigenthümlichen, weder mit Bindegewebszellen, noch Leukocyten, noch mit Epidermiszellen identischen Zellen, den „Melanoblasten".

2. Die Melanoblasten sind Abkömmlinge des mittleren Keimblattes, welche zum Theil sich darin selbständig entwickeln, in die Epidermis einwachsen und daselbst ein selbständiges Zelldasein führen. Ob sich Zellen des äusseren Keimblattes in der Anlage des „Retinaepithels" zu Melanoblasten umwandeln, muss vorläufig dahingestellt bleiben.

3. Die Melanoblasten entstehen bei Horngebilden des Menschen, der Säugethiere und Vögel, dann bei Amphibien und Reptilien an der Grenze zwischen äusserem und mittlerem Keimblatt, von wo sie in die Epidermis einwachsen, sie wachsen auch in die tieferen Organe und entstehen bei den drei höheren Wirbelthierclassen auch selbständig in der Tiefe.

4. Das Material, welches zu melanotischem Pigment verarbeitet wird, entstammt dem Blute und ist Haemoglobin, welches in grosser Verdünnung in Lymphe und Gewebssäften enthalten ist. Das Haemoglobin wird durch den Lebensprocess der Melanoblasten zu melanotischem Pigment umgewandelt.

5. Die Entstehung von melanotischem Pigment aus Bestandtheilen des Kernes oder Umwandlung farbloser Formbestandtheile des Protoplasmas ist unbewiesen. Das meiste Pigment der Amphibien (Guanin) kann immerhin aus Nuclein entstehen.

6. Die extracelluläre Bildung von melanotischem Pigment ist bis jetzt nicht nachgewiesen. Was nach Blutungen als extracelluläres goldgelbes Pigment beschrieben wurde, ist nicht melanotisches Pigment, sondern es sind hämatische Schollen. Echtes melanotisches Pigment kommt zweifellos extracellulär nur bei Zerfall von pigmentirten Zellen vor.

7. Die Uebertragung des Pigmentes geschieht durch innerprotoplasmatische Strömung auf Protoplasmafäden, welche die Melauoblasten mit den Epithelzellen verbinden. Der Ausdruck „Einschleppungstheorie" ist deshalb besser durch den Ausdruck „Einströmungstheorie" zu ersetzen.

8. Das Pigment ist wenigstens kurz nach seiner Entstehung ein in einer zähflüssigen farblosen Substanz aufgelöster Körper.

Gustav Tandler (Prag).

Abel, John J. und **Davis**, Walter S. On the Pigment of the Negros Skin and Hair. Journal of Experimental Med. I. 3 Julej 1896.

Abel und Davis gelang es auf verschiedene Weise die Pigmentkörner aus der Haut und den Haaren des Negers aus den Zellen, in denen sie sich finden, frei zu machen. Dieselben zeigten sich sehr widerstandsfähig, gaben aber nach Behandlung mit verdünnter Salzsäure und dann mit verdünnten Alkalien das Pigment ab und lösten sich in der Wärme vollständig auf. Die Pigmentkörner bestehen aus einer farblosen Grundsubstanz, Pigment und reichlich anorganischen Substanzen (Calcium, Magnesium, Eisen und Kiesel-, Phosphor- und Schwefelsäure). Das aus den Kernen isolirte Pigment enthält Eisen nur in so geringer Menge, dass es mehr als Verunreinigung erscheint. Beim Erhitzen mit Baryumhydrat auf 260° C. wird das Pigment völlig von der organischen Grundsubstanz abgetrennt, enthält aber noch N. Die Abstammung des Pigments von Haemoglobin erscheint nicht wahrscheinlich, vielmehr die von den Gewebssäften. Die Menge des löslichen Pigments in der Gesammthaut eines Negers von mittlerer Grösse beträgt etwa 1 Gramm, die der Pigmentkörner etwa 3·3 Gramm. Das Pigment der Haut ist höchst wahrscheinlich identisch mit demjenigen des Haares und scheint sich nicht zu



unterscheiden von dem Pigment in der Haut und dem Haar der weissen Rassen. Hermann G. Klotz (New-York).

Carnot. Evolution intra-organique du pigment injecté. La Médecine moderne Nr. 99. 1896.

Carnot, der Fröschen intravenös Choridealpigment, resp. solches melanotischer Geschwülste injicirte, konnte feststellen, dass sich dasselbe nicht in der Epidermis ablagert: Es wird durch Darm und Nieren ausgeschieden; es setzt sich in dichteren Massen in der Leber, Lunge und Milz fest; besonders aber auch ferner in den Nebennieren und lymphoiden Organen, woselbst es auch wahrscheinlich zerstört wird. G. Zuelzer.

Meissner, P. Ueber elastische Fasern in gesunder und kranker Haut. Dermatologische Zeitschrift, 1896, Band III, Heft 2.

Meissner erwähnt zunächst die Bedeutung der elastischen Fasern als Schutzorgan der Haut bei Druck, Zug und bei der Schrumpfung und übergeht dann nach einer kurzen Andeutung über die Entstehung der elastischen Fasern in der normalen Haut, wobei er sich der intercellularen Theorie anschliesst, zur Schilderung der Verhältnisse der elastischen Fasern bei pathologischen Processen der Haut, so bei der Narbenbildung, ferner bei verschiedenen Granulationsprocessen (Lupus Tuberculose der Haut, Lues) und endlich bei einzelnen Neubildungen der Haut (Keloid, Fibrom, Carcinom). Gustav Tandler (Prag).

Hodara, Menahem. Kommen in den blutbereitenden Organen des Menschen normalerweise Plasmazellen vor? Monatshefte für praktische Dermatologie. Band XXII.

Hodara prüft die Angaben Jadassohn's und v. Marschalko's, welche gegenüber Unna behaupten, dass die Plasmazellen normaliter in allen hämatopoetischen Organen vorkommen, und kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Unter 14 untersuchten blutbereitenden Organen enthielten 10 gar keine Plasmazellen. In 2 Fällen fanden sich die letzteren, aber diese beiden Organe waren krankhaft verändert; es bestanden Hypertrophie, ausgedehnte hämorrhagische Herde. In 2 weiteren Fällen hatten die Zellen die morphologischen Eigenschaften der Plasmazellen, ihr Protoplasma aber war ausserordentlich blass, so dass man sie gerechterweise mit jenen nicht identificiren kann. In sämmtlichen Präparaten fanden sich Zellen mit stark gefärbtem Kern und Protoplasma, Zellen, die sicher zu den grossen einkernigen Leukocyten gehören, und die Hodara Polieidayten getauft hat. Sie besitzen eine ganz auffallende Aehnlichkeit mit den Plasmazellen, lassen sich aber doch durch bestimmte Merkmale (die im Originale nachzulesen sind) von ihnen unterscheiden. Immerhin mögen sie zu manchen Irrthümern Anlass geben, indem man sie mit den echten Plasmazellen verwechselt. Auf Grund seiner Untersuchungen hält Hodara die Unna'sche Plasmazelle für ein krankhaftes Erzeugniss, da man sie sonst immer in den blutbereitenden Organen finden müsste. Ob sie aber von Bindegewebszellen abstammt, wie Unna meint, oder von Lymphkörperchen



und deren Uebergangsformen, wie v. Marschalko annimmt, das ist eine andere Frage. Ludwig Waelsch (Prag).

Boitel. Quelques considérations sur l'absorption cutanée. Essai sur le mode d'action des badigeonnages antithermiques. Guajacol et sparteine. Thèse de Lyon 1895/96, Nr. 1147. Ref. Gazette Hebdom. de méd. et de chir. 1896. Nr. 94.

Nach Boitel ist die absorbirende Kraft der Haut für Flüssigkeiten und medicamentöse Solutionen gleich Null, für Gase und Dämpfe sehr beträchtlich. Guajacol und Salicylsäure werden von der Haut nach Aufpinseln resorbirt in Dampfform. Spartein wird nicht resorbirt, hat deshalb auch keine Wirkung auf Tuberculose. Pinner (Breslau).

Bajardi. Sulla penetrazione del mercurio nei liquidi endooculari mediante applicazioni locali di preparati mercuriali. Accademia Torino. Seduta del 11 Dicembre 1896. Ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche Nr. 152, 1896.

Der von Stuelp im Jahre 1895 erhobene Befund, dass nach subconjunctivalen Sublimatinjectionen im Kammerwasser nie Quecksilber nachzuweisen ist, veranlasste Bajardi zu untersuchen, unter welchen Bedingungen Hg in das Augeninnere gelangen könne. Er kam bei seinen Versuchen zu dem überraschenden Resultate, dass thatsächlich nach subconjunctivaler Application kein Quecksilber ins Kammerwasser gelange, dagegen aber nach Einstreichung von Calomelsalbe oder Einstreuen von Calomelpulver in den Conjunctivalsack. Letztere Applicationsweisen sind also nach Bajardi vorzuziehen, wenn es gilt, die intraocularen Gebilde energisch mit Quecksilber zu behandeln. Ferd. Epstein (Breslau).

Liesegang, E. R. Ueber die structurbildende Eigenschaft verschiedener Stoffe bei ihrer Einwirkung auf colloide Substanzen. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Band XXII.

Liesgang fand, dass concentrirte Sublimatlösungen auf Gelatinplatten „structurbildend" wirken, indem die obersten Schichten derselben gegerbt werden, und eine zusammenhängende Haut bilden, während verdünnte Lösungen auch in der Tiefe vermöge ihrer leichteren Diffusibilität unlösliche Verbindungen erzeugen. Auch die Verschiedenheit der Wirkung verdünnter und concentrirter Reductionsmittel könnte auf ähnliche Diffusionserscheinungen zurückgeführt werden. Auf Grund weiterer interessanter, im Originale nachzulesender Versuche empfiehlt Verf. auch in der Mikro-Anatomie streng zu unterscheiden zwischen der Wirkung concentrirter und verdünnter Reagentien, und ausserdem die Dauer der Einwirkung genau anzugeben. Auch die tinctoriellen Analysen sollten zuerst am Nichtlebenden, Structurlosen geprüft werden.

Ludwig Waelsch (Prag).

Kopytowski (Warschau). Texturveränderungen der Haut, hervorgerufen durch Vesicantia. (Vorläufige Mittheilung.) Nowiny Lekarskie. Nr. 2. 1897.

Kopytowski benutzte zur Untersuchung Hautstücke von amputirten Gliedern, an denen vorher Empl. Cantharid. applicirt wurde.



Die sofort nach der Ablation ausgeschnittenen Hautstücke wurden entweder in Alkohol oder Sublimatlösung oder in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet. Die in Paraffin hergestellten Präparate wurden mittelst verschiedenen Methoden gefärbt. — Die anatomischen Veränderungen wurden identisch mit den von Kulisch und Unna constatirten gefunden, mit dem Unterschiede, dass K. schon in den Anfangsstadien der Vesicanswirkung (des Cantharidins) in der sich bildenden Blase ein Fibrinnetz und Leukocythen fand, in einem Falle Extravasate in der Papillarschicht nachwies. Karyokinese war nicht zu sehen, sogar nicht in den allerersten Stadien der Vesicanswirkung. Verf. ist der Meinung, dass das Cantharidin, indem es die Epidermisschicht durchdringt, zu gleicher Zeit die Ernährungsbedingungen von Kern und Protoplasma aufhebt resp. deren Entartung hervorruft. Letzteres führt zur Spaltung der Stachelzellenschicht der Epidermis, erschwert die Resorption der Lymphe und führt zum Gewebszerfall. — Im eigentlichen Corium ruft das Cantharidin eine mit Austritt von Leukocythen, Dilatation der Gefässe und Extravasaten verbundene Entzündung hervor. Autoreferat.

Müller, Georg J. Grundlinien der Hauttherapie mittelst medicamentöser Seifen. Dermatologische Zeitschrift. 1896. Band III. Heft 5—6.

Müller beschreibt zunächst die Chemie der Seifendarstellung, die pharmakodynamische Wirkung der Seifen, schildert ferner die Vorzüge der Kaliseife gegenüber der Natronseife in medicinischer Hinsicht, hebt die Ursachen hervor, warum die in den Handel gebrachten medicamentösen Seifen ihren Zwecken niemals entsprechen können und übergeht dann zur Beschreibung der Darstellung einer von ihm angegebenen Grundseife, die er Savonal nennt, die im wesentlichen eine Kaliseife darstellt und in zweierlei Form, nämlich in weicher und flüssiger, in Anwendung gezogen werden kann. Diese Seife bildet das Constituens für weitere von M. verwendete und nach seinen Angaben dargestellte medicamentöse Seifen, deren gebräuchlichste er hierauf einzeln in ihrer chemischen Zusammensetzung sowie in ihrer Wirkungsweise auf die Haut beschreibt.

Gustav Tandler (Prag).

Vollmer, E. Ueber kosmetische Mittel in sanitätspolizeilicher Beziehung. Dermatologische Zeitschrift, 1896, Band III, Heft 5/6.

Die Arbeit Vollmer's beschäftigt sich mit der Besprechung der verschiedenen Seifen, der Puder-, Schmink- und Färbemittel der Haut, der Mundwässer und Zahnmittel, sowie mit der Beurtheilung der diversen Haarwuchs- und Haarfärbemittel. Die Schlusssätze V's. gipfeln in der Forderung, dass der Verkauf aller Mittel, die eine Veränderung der von der Natur gegebenen Beschaffenheit des Körpers bezwecken, nur in den Apotheken und nur auf ärztliche Bescheinigung hin erlaubt sein sollte.

Gustav Tandler (Prag).

Vollmer, E. Ueber Kreuznacher Mutterlauge und ihre Wirksamkeit. Dermatologische Zeitschrift 1896, Band III, Heft 4.

Um sich die Wirkungsweise des in der Kreuznacher Mutterlauge vorhandenen Chlorcalcium plausibel zu machen, besonders um über die Resorptionsfähigkeit desselben Aufschlüsse zu erhalten, füllte Vollmer einen Diffusionskolben mit 0·75% Kochsalzlösung und hängte diesen so beschickten Kolben in eine 5—10% Lösung von Kreuznacher Mutterlauge, wie solche beim Baden verwendet wird, auf. Bei dieser Versuchsanordnung, welche nach V. ein Analogon für den Vorgang beim Baden bilden soll, gelang es nach einer viertel- bis halbstündigen Einwirkung innerhalb der Flüssigkeit des Glaskolbens Chlorcalcium nachzuweisen. Aus dieser raschen Diffusionsfähigheit folgert V. den günstigen Einfluss, den die Kreuznacher Mutterlauge auf verschiedene Hautkrankheiten, ferner auf tuberculöse und luetische Knochenerkrankungen, Rhachitis u. s. w. ausüben soll. Gustav Tandler (Prag).

Müller, O. Ueber die Anwendung des Resorbins in der allgemeinen Praxis. Dermatolog. Zeitschr. Bd. II.

Müller empfiehlt das Resorbin als wirksames Mittel gegen Intertrigo der Kinder, ferner bei Rhagaden und Excoriationen der Haut, bei nervösem Juckreiz. In Verbindung mit Borsäure und Dermatol hat es ihm gute Dienste geleistet bei Verbrennungen 2. und 3. Grades, bei Rhagaden der Schleimhaut, besonders der Nase, endlich bei Excoriationen und Ulcerationen, wie sie bei Hyperidrosis pedum vorkommen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Müller, J. Georg. Zur therapeutischen Verwendbarkeit des Myronin. Dermatolog. Zeitschr. Bd. II.

Müller hat zwei Sorten Myronin herstellen lassen: ein Myroninum spissum von Rindstalg- und eines von Butterconsistenz. Er empfiehlt es als eine haltbare, nicht theuere Salbengrundlage. Das Myronium spissum eignet sich besonders für Einreibungssalben; das einfache Myronin für macerirende Salben, und dort, wo eine erhebliche Tiefenwirkung erstrebt wird. Es ist auch zur Bereitung von Pasten gut verwendbar. Contraindicirt ist es manchmal bei acuten, und stets bei nässenden Ekzemen. Ludwig Waelsch (Prag).

Müller, G. J. Zur dermotherapeutischen Verwendung des Adeps lanae. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XXII.

Müller empfiehlt Adeps lanae als vortreffliche, dem Lanolin ebenbürtige Salbengrundlage. Irritative Wirkungen nach seiner Application liessen sich nie beobachten. Bei der Herstellung kosmetischer, Kühl- und Verbandsalben erwies er sich als sehr brauchbar. Es gelang auch die Herstellung eines Unguentum Hebrae sowie eines Unguentum cinereum mittelst Adeps lanae, die Verf. sehr gute Dienste leisteten.

Ludwig Waelsch (Prag).

Tousey, Sinolair. Thiosinamine, a Treatment for „inoperable" Tumors and cicatrical Contractions. New York Med-Journal LXIII. p. 579. May 2. 1896.

Tousey fühlt sich duch seine Erfahrungen in 7 Fällen berechtigt zu behaupten, dass dem Thiosinamine eine positiv heilende Wirkung gegen-



über gut- und bösartigen Geschwülsten eigen sei, und dass es die Absorption von Narbengewebe verursache. Er wandte es an in 3 Fällen von Keloid, 2 Fällen von recidivirendem, nicht operirbarem Carcinom und 2 Fällen von Lupus. In der Methode der Anwendung folgt er genau den Angaben Hebra's. Nach einer Uebersicht über die Literatur gibt T. an, dass er bei Lupus keine Erfolge erzielt habe. Genauer beschrieben ist nur ein Fall von Narbenkeloid am Ellenbogengelenk nach Verbrennung mit bedeutendem Beweglichkeitshinderniss. Er erzielte völlig freie Beweglichkeit und glatte Narben. Weitere Fälle beabsichtigt er in einer weitern Arbeit zu veröffentlichen. Hermann G. Klotz (New-York).

Muren, G. Morgan. The Superiority of Thiol to Ichthyol New York. Med. Journal. LXIII. p. 842. 27. Juni 1896.

Muren hat eine Anzahl von Geschwüren und Hautkrankheiten mit Thiol behandelt (1 Fall von syphilitischem Geschwür, ein Geschwür nach Brandwunde und eine Familienepidemie von Herpes tonsurans). Es geht aus dem Gesagten nicht hervor, worin abgesehen von der Abwesenheit des Geruchs die Vorzüge des Thiols bestehen sollen.

Hermann G. Klotz (New-York).

Abbot Cautrell. Salicylic Acid in Dermatology. The Therapeutic Gazette. Vol. XX. Nr. 4. 15. April 1896.

Abbot Cautrell empfiehlt auf Grund seiner langjährigen Erfahrung die Anwendung der Salicylsäure in der dermatologischen Praxis. Er verwendet Salben von 2—15% mit Petrolat, Lanolin oder Zinkoxyd; Lösungen von 2—20% (entweder mit Wasser oder in Emulsion mit einem kleinen Quantum Mucilago Araciae) und Pflaster von 10—25%. Er hat alle möglichen Erkrankungen behandelt und in den meisten Fällen (Einzelheiten sind im Originale nachzulesen) vorwiegend günstige Einwirkung constatiren können; wesentlich Neues wird nicht beigebracht.

Paul Oppler (Breslau).

Hartzell, Some of the Use of Resorcin in Dermatology. The Therapeutic Gazette. Vol. XX. Nr. 6. 15. Juni 1896.

Hartzell befürwortet den ausgedehnteren Gebrauch des Resorcin in der dermatologischen Praxis wegen der Hornbildenden und Jucken und Brennen lindernden Eigenschaften dieses Medicamentes.

Die Arbeit bringt nichts wesentlich Neues, gibt aber eine Reihe brauchbarer Receptformeln und Gebrauchsanweisungen für verschiedene Hautaffectionen.

Am besten wird das Resorcin in 1—5% wässrigen Lösungen verwendet, Salben sollen nicht so gut wirken und eher einmal zu einer Reizung führen.

H. fügt den Lösungen noch ½% Kochsalz hinzu, da dies nach seinen Urinuntersuchungen die Resorption des Resorcins erleichtert.

Für das erythematöse Stadium des Exzems empfehle er eine Mischung von Resorcin, Glycerin, Aqua Calcis 3 bis 4mal am Tage aufzupinseln.



Secerrniert das Eckzem stark, so wird noch Zinc. oxydat. oder Dermatol hinzugefügt.

Bei alten trockenen Ekzemformen versagt das Resorcin seine Wirkung.

Besonders rühmt Hartzell die schmerzlindernde Wirkung des Resorcin bei Unterschenkelgeschwüren und Eckzemen im Anschlusse an Varicen, und die günstige Beeinflussung der Seborrhoea capitis und der Acne, wobei jedoch zu beachten ist, dass es manchmal im Gesichte eine Dermatitis verursacht, die über den gewünschten Effect hinausgeht.

Für Epitheliome empfiehlt es sich als mildes gute Narben setzendes Causticum, am besten in Pflasterform.

Endlich verwendet H. das Resorbin mit gutem Erfolge bei Favus, Herpes tonsurans in Salbenform, bei Pityriasis versiculor in alkoholischer Lösung. Paul Oppler (Breslau).

Tommasoli. Il metodo dei lavacri dell' organismo coi sieri artificiali applicato contro le dermatosi autotossiche e tossiche. Giornale italiano delle malattie veneree e delle pelle. XXXI. 1896. Fak. V, pag. 612.

Tommasoli versuchte eine neue Art der Therapie gewisser Hautkrankheiten, welche durch irgend welche Intoxicationen oder Autointoxicationen des Körpers bedingt sein könnten, indem er von der Erfahrung ausging, dass man in den menschlichen Körper vermittelst subcutaner, endovenöser, ect. Injection grosse Mengen von Flüssigkeiten einführen könne, welche auf die verschiedenen secretorischen und excretorischen Organe stärkend einwirken, die vitale Energie des Organismus heben, und auf diese Weise den Körper von den verschiedenen toxischen Producten befreien helfen. In solcher Weise benützte Tommasoli verschiedene Flüssigkeiten, sogenannte künstliche Sera, wie Lösungen von Natr. chlorat., Natr. bicarbonat. und in letzter Zeit ein natürliches Mineralwasser welches er filtrirte und sterilisirte, das Hunyady Janos Bitterwasser. — Die Menge der pro injectione verabreichten Flüssigkeit betrug 30—200 Ccm.; dieselben bereiteten den Patienten keine Unannehmlichkeiten. Versucht wurden dieselben bei mehreren Eczemen, 2 Lichen planus, 1 Prurigo in Individuo lymphatico, 1 Pruritus senilis, 1 Folliculitides multipl., 1 Pemphigus vegetans, 1 Mycosis fungoides, 5 Lupus ulcer. od. Scrophuloderma, bei 2 Syphilis recens. — Geheilt wurden: 2 Frauen mit Eczema chron. diffus. nach 27 resp. 22 Injectionen bei ganz milder Localbehandlung; 1 Folliculitis dispera nach 13 Injectionen = 1 Liter Serum artific. — Pruritus senilis seit 30 Jahren bestehend, nach 44 Injectionen umfassend 8 Liter des Serum, 1 stark juckender Lichen planus in 36 Tagen mit 33 Injectionen = 3 Liter wobei der Pruritus 3mal wiederkehrte, als man 3mal mit den Injectionen probeweise aussetzte. Bei den übrigen Patienten erfolgte keine Besserung der Hauterkrankungen, doch hob sich ihr Allgemeinzustand. Tommasoli empfiehlt diese Desintoxicationen des Körpers vermittels dieser Ausschweifungen (lavacri) mit künstlichem Serum allen



jenen Collegen, für welche die Lehre von den toxischen und autotixischen Dermatosen keine verächtliche Utopie ist.

Spietschka (Prag).

Majocchi. Il pflaster al jodolo. Societa Medico-chirurgica Bologna; Seduta del 22 dic. 1896. Ref. in Gazetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 4. 1897.

Majocchi hat das Jodolpflaster in 120 Fällen bei Adenitiden, Periadenitiden (acuten und chronischen), bei Orchitiden, Epididymitiden, chronischen Mastitiden, bei Gummen und syphilitischen Periostitiden, angewendet und rühmt die resolvirende und dabei wenig reizende Wirkung dieses Pflasters; die Entzündungserscheinungen gehen schnell zurück. Allerdings übertrifft das Mercurialpflaster bei gummösen und anderen syphilitischen Processen in seiner Wirkung quoad resorptionem das Jodolpflaster. Bei Dermatosen, speciell beim Lupus wurde das Jodolpflaster schlecht vertragen. Ferdinand Epstein (Breslau).

Simonelli. Sull' azione cheratolitica del cloruro di sodio. Gazetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 113. 1896.

Simonelli hat an Unterschenkelgeschwüren Versuche mit Kochsalz (in Pulverform applicirt) gemacht und dabei gefunden, dass dieses Mittel selbst bei ganz torpiden Formen eine starke granulationsanregende Wirkung ausübt, jedoch blieb häufig die Ueberhäutung aus. Daraus schliesst S., dass das Kochsalz zwar das beste (!) dermatoplastische Mittel ist, dass ihm aber auch keratolytische Eigenschaften zukommen. Um das zuweilen unerträgliche Brennen bei der Application zu vermeiden, empfiehlt S. 10—30% Menthol zuzusetzen.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Lewin L. und **Eschbaum** F. Ueber Suppositorien und eine Methode sie darzustellen. Deutsche Medicinische Wochenschrift Nr. 2. 1897.

Als Grundlage für Stuhlzäpfchen empfehlen Lewin und Eschbaum das Agar. Dasselbe reagirt sauer und wird neutralisirt, indem auf 10 Gr. des pulverförmigen Agar 0·1 Natr. bicarb. hinzugefügt wird. Man verschreibt also Morphin - Suppositorien in folgender Weise: Morphin. hydrochl. 0·05; Pulv. Agar neutr. q. s. u. f. l. a. supposit. V. Natürlich lassen sich auch Medicinalstäbchen und Vaginalkugeln in analoger Weise darstellen. Max Joseph (Berlin).

Herxheimer. Ueber Pflasterpapiere. Arbeiten aus dem städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. Main. 1896.

Herxheimer hat zusammen mit Dr. Fresenius als Ersatz für Pflastermulle, Collemplastra etc. Pflasterpapiere hergestellt, welche, wie der Name sagt, Papier (japanisches Seidenpapier) als Unterlage für die Pflastermasse haben. Diese Chartae adhaesivae sollen sich den Falten und Fältlungen der Haut besser anschmiegen und äusserlich weniger auffallen, als andere Pflaster oder Pflastermulle, und dieselben Vortheile bieten.

Es sind bereits eine ganze Reihe derartiger Pflasterpapiere mit Zinc. oxydat., Salicyl-Creosot, Balsam. Peruvian., Chrysarobin., Pyro-



gallol, Hydrarg. u. s. w. hergestellt und von Herxheimer mit gutem Erfolge bei mehr als 250 Fällen von Hautkrankheiten verwendet worden.

Der Preis stellt sich nicht höher als der der Pflastermulle von Beiersdorf. (Einzelheiten sind im Originale nachzulesen.)

Paul Oppler (Breslau).

Wronski, Wladyslaw. Bakteriologische Untersuchungen von zu subcutanen Injectionen verwendeten Lösungen. Gazeta lekarska 1897 Nr. 4.

Wronski prüfte die Sterilität der Mittel, die gewöhnlich zu subcutanen Einspritzungen gebraucht werden. Nach seinen Untersuchungen enthalten die direct von der Apotheke gebrachten Lösungen von Atropin, Cocain, Coffein, Ergotin, Morphin, Strychnin sehr oft lebensfähige, nicht pathogene Saprophyte. Seltener findet man sie in Sol. pilocarpini und Fowleri. Pathogene Mikroorganismen, mit denen man die genannten Lösungen inficirt, behalten lange ihre Lebensfähigkeit. Nur die in Antipyrin- und Chininlösungen, auch in Aether und tinct. Moschi eingebrachten Bakterien verlieren sofort ihre Vitalität. Die Entwicklung der in den Lösungen befindlichen Organismen kann die chemische Beschaffenheit der Mittel beeinflussen. Da das mehrmalige Auskochen ebenfalls Veränderungen in der chemischen Zusammensetzung hervorruft, so ist es angezeigt, anstatt auszukochen, den Lösungen ½% Acidi phenytici oder ½—1‰ Sublimat hinzuzusetzen. Am meisten empfehlenswerth ist aber die von Limousin eingeführte Methode, die darin besteht, dass eine jede Einzeldosis der einzuspritzenden, vom Apotheker sterilisirten, Flüssigkeit, in einem besonderen Kölbchen zugeschmolzen wird. Die auf diese Weise zubereiteten Mittel brauchen vor dem Gebrauche nicht wieder sterilisirt zu werden. Kozevski (Warschau).

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

Ingerslev, F. Chirurgische Scarlatina, eingeleitet durch eine Lymphangitis brachii. Hospitalstidende 1896, Nr. 24.

Ingerslev meint, dass viele der bis jetzt veröffentlichten Fälle den Eindruck machen, als wenn sie nicht Scarlatina wären. Verfasser berichtet über einen 10jährigen Knaben, welcher wegen Panaritium auf dem Pollex im Blegdamshospital lag. Gleichzeitig mit subjectiven Febrilien zeigte sich am Tage der Aufnahme ein rother nicht schmerzender Streifen vom Panaritium bis hinauf zur Axilla, und Exanthem auf der Brust und dem Rücken. Erst zwei Tage später traten Belegungen auf den Tonsillen auf. Der Fall verlief im Uebrigen wie eine typische Scarlatina mit starker Abschilfrung, welche auf dem lymghangitischen Streifen begann und dort lange am stärksten war. Es werden ausserdem 2 Fälle von Scarlatina mitgetheilt, welche von Brandwunden ausgegangen waren, und wo das Exanthem um die Wunde seinen Anfang genommen



zu haben scheint. In diesen beiden Fällen zeigte sich nur Röthe und Geschwulst in fauces, keine Belegung. Verfasser hebt deshalb die Möglichkeit hervor, dass die folliculäre Angina bei der chirurgischen Scarlatina secundär sei, analog dem Haut- und Schleimhautexanthem, und er schlägt deshalb vor, bei allen Scarlatinafällen die Haut und die zugänglichen Schleimhäute genau zu untersuchen, (auch wenn sich in den allerersten Tagen der Krankheit keine Belegung auf den Tonsillen findet) um eine solutio continui als mögliches Eingangsatrium für die Infection zu finden. Vielleicht wird sich dann zeigen, dass die chirurgische Scarlatina häufiger vorkomme als bis jetzt angenommen wird.

Haslund (Kopenhagen).

Demetrio, Galatti. Ein merkwürdiges Exanthem als Begleitung einer scharlachähnlichen Rachenerkrankung. Dermatologische Zeitschrift, 1896, Band III, Heft 2.

Bei einem 3jährigen Kinde, das die Erscheinungen einer scarlatinösen Angina darbot, fand sich am Stamme ein aus dichtgesäeten, erhabenen, dunkelbraun rothen, lichenähnlichen Knötchen bestehendes Exanthem von wachsartigem Glanze, das später dunkel rosaroth wurde und nach 6—8 Tagen abblasste, worauf Schuppung eintrat.

Gustav Tandler (Prag).

Eonnet. Rechute et recidive de la rougeole. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 29. Octobre 1896.

Eonnet berichtet über die Recidive an Rötheln, welche er unter einer Zahl von 300 genau beobachteten und 1500 Fällen insgesammt gesehen hat. Es sind im ganzen 122 Fälle, davon 97 nach 4 Jahren, 25 nach 13 Jahren, ein zweimaliges Recidiv nach 24 und 14 Jahren.

In der letzten Epidemie beobachtete Verf. 4 Rückfälle im Zeitraum von 8 bis 11 Tagen nach vollkommenem Ablauf des ersten Anfalls. Unter diesen 4 befand sich ein Kind, welches 4 Jahre vorher schon einmal Rötheln gehabt hatte. Pinkus (Breslau).

Griffith, Crozer. A Case of Varicella Gangraenosa, Diphtheria and Rubeola Ocurring at the Same Time. University Medical Magazine Vol. VIII., Nr. 11. August 1896.

Griffith's Fall, ein 22 Monate altes Kind erkrankte an einer krupösen Pneumonie; in der Reconvalescenz trat eine leichte folliculäre Tonsillitis auf, bei der Klebs-Löffler'sche Bacillen durch Cultur nachgewiesen wurden. Wenige Tage darauf zeigte sich ein masernähnliches Exanthem und drei Tage später eine Eruption kleinster Vesikel, die ganz Varicellenartig aussahen. (Varicellen und Masern herrschten grade zu dieser Zeit in dem betreffenden Hause.) Die Bläschen wuchsen stark aus zu richtigen Bullae; diese platzten und hinterliessen einen erythematösen Grund. Auf diesem entwickelten sich dann nach wenigen Tagen tiefe Ulcerationen mit unregelmässigen Rändern, welche theils Eiter producirten, theils sich mit braunen oder schwarzrothen Krusten bedeckten; die Umgebung derselben zeigte einen schmalen entzündlichen Saum und geringe Infiltration. Am meisten waren Rumpf und Arme be-



theiligt, in geringerem Grade der Kopf und die unteren Fxtremitäten. In der Folgezeit trat noch eine Eruption auf, diesmal von erythematösen Flecken, welche sich bald zu Bläschen umwandelten, ohne zu ulceriren.

12 Tage nach Beginn der Erkrankung verschlechterte sich das Allgemeinbefinden auffallend; nach 2 Tagen erfolgte der exitus letalis.

Aus dem Sectionsbefunde ist bemerkenswerth, dass sich in der Trachea eine diphtheritische Membran fand, während der Larynx frei war. Interessant an dem Falle, der leider nicht bakteriologisch untersucht wurde, war das gleichzeitige Auftreten dreier Infectionskrankheiten Diphtherie, Rubecola und Varicella gangraenosa.

Paul Oppler (Breslau).

Freyer. Die Uebertragung von Variola auf Kälber behufs Erzeugung von Vaccine. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Bd. 21, Heft 2. 1896.

Freyer unternahm es von neuem, nachdem ihm ein nicht ganz einwandfreier Versuch geglückt, später aber mehrfach misslungen war, die echte Variola auf Kälber zu übertragen. Der von einem blatternkranken Menschen gewonnene Pockenstoff wurde auf drei Kälber geimpft, und zwar, um zufällige Uebertragung von Vaccine zu vermeiden, ausserhalb der Impfanstalt. Bei zweien der Versuchsthiere gelang es dem Verf. echte Variola hervorzurufen. Der Pockenstoff wurde von Kalb zu Kalb in 4 Generationen fortgezüchtet und dann analog der üblichen Vaccine mit Erfolg auf Kindern verimpft. Verf. liefert somit einen weiteren Beweis für die „Unicität von Variola und Vaccine“.

Hugo Müller (Mainz).

Ausset, E. La variole chez la femme enceinte. La Médecine moderne Nr. 89, 1896.

Es erhellt aus den Untersuchungen von Ausset, dass die Immunität gegen Pocken zweifellos während der Schwangerschaft von der Mutter auf das Kind übertragen werden kann. Dass die Uebertragung jedoch nicht regelmässig stattfindet, hängt von verschiedenen Umständen ab. Die Vaccination der Mutter darf nicht zu frühzeitig vor der Entbindung stattfinden, da die in manchen Fällen sehr schwache Immunität sonst während des intrauterinen Lebens verloren geht; sie darf auch nicht zu kurz vor der Entbindung liegen, da der Foetus Zeit haben muss, das Virus aufzunehmen.

A. schlägt die 2. Hälfte des 8. Monats als den geeignetsten Zeitpunkt vor.

Da jedoch — selbst wenn die Mutter mit Erfolg zum angegebenen Zeitpunkte geimpft wurde — das Resultat inconstant ist, so fordert A. auch hier eine Vaccination des Neugeborenen. G. Zuelzer.

Düring, E. v. Blatternmortalität in Konstantinopel. Deutsche Medicinische Wochenscrift Nr. 5, 1897.

Wie bedeutend die Blatternmortalität noch immer an Orten ist, wo die Impfung nicht obligatorisch durchgeführt ist, konnte E. v. Düring in Konstantinopel nachweisen, trotzdem daselbst gerade für die Impfung

verhältnissmässig viel geschieht. In neun Jahren kamen auf 107,139 Todesfälle 2988 Todesfälle an Blattern, das macht fast 3%.

Max Joseph (Berlin).

Vanselow, Köln. Die Schutzblatternimpfung und ihr Nutzen, Entwicklung des Impfwesens in Preussen. Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege, 1897, Seite 1 ff.

Der Vortrag Vanselow's verdankt seine Entstehung gleichfalls dem Jenner-Jubiläum und gibt ein klares Bild von dem Nutzen unserer grössten prophylactischen Errungenschaft auf medicinischem Gebiet und widerlegt gründlich die Legion von Scheingründen, die die Impfgegner immer noch gegen die Zwangsimpfung und Revaccination, wie sie in Preussen besteht, in's Feld führen. Joh. Fabry (Dortmund).

Brun, de. Myxodermie contracturante hémorrhagique. Gaz. Hebdom. de Méd. et de Chir. 1896, Nr. 39.

De Brun beschreibt ein Krankheitsbild, das in vieler Beziehung dem Typhus abdominalis nahe steht; der Typhusbacillus ist aber nicht dabei betheiligt.

Klinisch stehen drei Symptome im Vordergrunde: Contracturen der Gesichts- und Halsmusculatur; Veränderung der Haut, welche mehr die Consistenz von weichem Wachs annimmt; subcutane Hautblutungen, welche von anderen infectiösen Hämorrhagien sich durch eine weisse Randzone auszeichnen. Es fehlen Meteorismus und Roseolaflecke.

Die Prognose ist bei dieser Krankheit ernst. Pinner (Breslau).

Moretti. Un caso di tifoide con diatesi emorragica seguito da guarizione. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 140. 1886.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen, in welchen Moretti die Seltenheit der Coincidenz eines typhösen Zustandes mit hämorrhagischer Diathese hervorhebt, berichtet M. von einem 20jährigen Patienten, bei welchem im Verlaufe eines Typhoids, Hauthämorrhagien, Enterorhagien und Hämaturien in so bedrohlicher Intensität einsetzten, dass der Kranke verloren schien. Nur durch die gleichzeitige Verabreichung mehrerer Hämostyptica [Ergotin subcutan; Liquor ferri und Aqua hämostyptica (Capodieci) per os] neben allgemeiner roborirender, medicamentöser und diätetischer Behandlung glaubt M. den Patienten gerettet zu haben.

Am Schluss bespricht M. die Theorien der Entstehung der Hämorrhagien und ihre Beziehungen zu Infectionskrankheiten und hält die Möglichkeit nicht für ausgeschlossen, dass es sich hier um eine Mischinfection mit dem Eberth'schen Bacillus gehandelt haben könnte.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Potherat. Erysipèle bronzé. Association française de Chirurgie à Paris. X. Congrès 19.—24. October 1896. Ref. in la médecine moderne. Nr. 89. 1896.

Potherat berichtet über zwei Fälle von Bronce-Erysipel (in Folge von Septicaemie) an den Extremitäten nach einer Schussverletzung und bei einem complicirten Bruch. Th. Spiegelhauer (Breslau).



Rafin. Sur un cas de lupus. La Province médicale. 1896. Nr. 21.

Rafin berichtet, dass ein Lupus, den er Januar 1895 vorgestellt hat, später als Mischform mit Carcinom erkannt worden ist.

Pinner (Breslau).

Spire, Camille Josef. Du lupus lingual. Thèse de la faculté de Bordeaux, Nr. 7. Ref. in Gazette hebdomadaire de med. et de chir. Nr. 62. 1896.

Aus seinen (14) zusammengestellten Fällen schliesst Spire, dass der Lupus der Zunge jeglichen Theil derselben befallen kann, mit Vorliebe aber den Zungengrund. Klinisch unterscheidet er sich in nichts vom Lupus der anderen Schleimhäute in der Haut: höckerige (warzige), blasse, harte und schmerzlose Plaque.

Spiegelhauer (Breslau.)

Crone, W. Ein Beitrag zur Lehre vom Lupus-Carcinom. (Tuberculo-Carcinom.) Beschreibung eines Falles von Tuberculo-Carcinom des Kehlkopfes. (Arbeiten aus dem pathol. Institut zu Tübingen. Bd. II. Heft 1. 1893.) Ref. nach Baumgarten's Jahresbericht 1893.

Als Analogon zu den nicht so selten beobachteten und beschriebenen Beobachtungen von Lupus und Carcinom auf der äusseren Haut beschreibt Crone einen solchen der Schleimhaut des Larynx. Der Fall imponirte klinisch als Carcinom und die histologische Untersuchung eines probeexcidirten Stückes bestätigte diese Untersuchung. Als nun nach der Totalexstirpation der ganzen Geschwulst erneut untersucht wurde, ergab sich, dass dieselbe zum grössten Theil und in erster Linie aus echtem tuberculös verändertem Gewebe bestand, daneben aber atypische Wucherung des Epithels, welche stellenweise bis in den Knorpel, diesen aufzehrend und verdrängend, vordrang, darbot. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautet demgemäss: Tuberculose der Larynxschleimhaut, die durch epitheliomatöse Entartung complicirt ist, also Tuberculo-Carcinom der Kehlkopfschleimhaut und damit soll ausgedrückt sein, dass im vorliegenden Falle auf tuberculöser, wie an der äusseren Haut auf lupöser Basis, eine krebsige Wucherung des Deckepithels Platz gegriffen hat.

Joh. Fabry (Dortmund).

Feibes, Ernst. Ein Fall von localer Hauttuberculose. Dermatologische Zeitschrift. 1896. Band III. Heft 2.

Bei einem 28jährigen, luetisch inficirt gewesenen Manne fanden sich an der medialen Seite der in toto verdickten Endphalange des 3. Fingers der linken Hand, 2 seit 7 Monaten bestehende schmerzhafte Geschwüre, die vorher local mit verschiedenen Antisepticis und ausserdem innerlich mit Jodkali, später mit Sublimatinjectionen, jedoch ohne Erfolg behandelt worden waren. Bei einer Probeexcision vom Rande des Geschwüres fand Feibes histologisch Tuberculose. Er verschorfte auf Grund dieser Diagnose beide Geschwüre ausgiebig mit einer Lösung von Quecksilber in rauchender Salpetersäure (1 : 2) und erzielte nach 25 Tagen Heilung.

Gustav Tandler (Prag).

Cameron. Tubercular Ulcer of Tongue. **Glasgow Medico-Chirurgical Society. Sitzung v. 7. Februar 1896. Ref. The Glasgow Medical** Journal. August 1896.

Cameron hat in kurzer Zeit zwei fast ganz gleiche Fälle von tuberculösen Ulcerationen der Zunge beobachtet. Es handelte sich beide Male um Phthisiker, welche auf Grund eines ursprünglichen Decubitalgeschwüres zwischen Zungenspitze und Ansatz des Frenulum typische tuberculöse Ulcera aquirirt hatten. Paul Oppler (Breslau).

Reale, Clifford. Pièces pathologiques d'une infiltration tuberculeuse du pharynx et de la langue. Pathological specimens of tubercular of pharynx and tongue. Ref. in Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de Rhinologie. Nr. 33. 15 Aout 1896.

Reale berichtet über zwei pathologische Präparate, stammend von chronischer Lungentuberculose. Die Ulceration trat erst 14 Tage vor dem Tode und zwar anscheinend nur oberflächlich auf. Die mikroskopische Untersuchung aber zeigte, dass die Infiltration bis auf die Musculatur ging. Auffällig war eine Vergrösserung der Papillen am Zungenrücken, die aber offenbar mit dem tuberculösen Process nichts zu thun hatte. Die eine Mandel war vollständig frei von Tuberculose, obgleich sie während des Lebens fast immer mit tuberculösem Virus überschwemmt wurde. Die Infiltration hatte offenbar viel früher begonnen als der ulceröse Process. Spiegelhauer (Breslau).

Durand. Abcès tuberculeux ossifluents intra-mammaires et tuberculose du sein. La Province Médicale. 1896. Nr. 47.

Durand bespricht an der Hand eines selbst beobachteten Falles die Schwierigkeiten, die sich dem Untersucher am Krankenbett bei der differentiellen Diagnose zwischen primärer Tuberculose der Brust und secundärem intramammairen Senkungsabscesse darbieten können. Im vorliegenden Falle konnte nach allem — Anamnese, breit und festaufsitzender Tumor der rechten Brustdrüse im Centrum erweicht in die Peripherie mit harten Knötchen auslaufend, Lymphdrüsenpackete der Achselhöhle durch infiltrirten Lymphstrang mit dem Brustherd zusammenhängend, bei vollkommener Schmerzlosigkeit der gesammten knöchernen Thoraxwandung — nur an primäre Tuberculose der Brust gedacht werden. Die zur Heilung mit prima intentio führende Operation und die mikroskopische Untersuchung ergaben einen grossen tuberculösen Senkungsabscess mit typischer Wand, ausgehend von einer tuberculösen Rippencaries in der rechten Articulatio chondro-costalis der 5. Rippe. Johannes Doyr (Breslau).

Ehlers, Edv. Die sogenannten Skropheln. Ugeskrift for Laeger 1896. Nr. 41.

Ehlers nimmt auf gegebene Veranlassung Gelegenheit, für die Abschaffung des Namens Scrophulose zu plaidiren, welche von dem jetzigen Standpunkt der Pathologie aus, in den meisten Fällen für Tuberculose erklärt werden muss. Alex. Haslund (Kopenhagen).



Tommasoli. La sieroterapia antitubercolare del Prof. Maragliano applicata in Dermatologia. Giornale italiano delle mallatie veneree e della pelle. XXXI. 1896. fak. V. pag. 615.

Tommasoli behandelte eine Reihe von Patienten mit Erkrankungen, die wir als Hauttuberculosen bezeichnen (Lupus, Gumma scrofulosum etc.) nach der Methode und mit dem Serum Maragliano's, einerseits um die Wirksamkeit dieser Methode festzustellen, andererseits um durch diese Wirkung die tuberculöse Natur dieser Erkrankungen zu bestätigen. Er theilte die Patienten in 3 Gruppen: 1. Patienten, welche mittels Injectionen und der accessorischen Cur (reichliche Kost und Hämoglobinpräparate) behandelt wurden, 2. solche, welche nur mit Injectionen und 3. solche, welche nur mittels der accessorischen Cur behandelt wurden. Der Allgemeinzustand hob sich mehr weniger bei allen Patienten, bei den Erkrankungsherden selbst waren jedoch nur vereinzelnte und im Ganzen höchst unbefriedigende Erfolge zu verzeichnen.

Spietschka (Prag).

Dubreuilh, W. und **Bernard.** Die Behandlung des Lupus mit Salicyl-Kreosot-Pflaster. Monatshefte f. prakt. Dermatologie Bd. XXII.

Dubreuilh und Bernard stellen folgende Indicationen für die Verwendung von Unna's Salicyl-Kreosot-Pflaster auf: 1. Umstände, die mit der Krankheit nichts zu thun haben, und nur den Patienten betreffen, z. B. Operationsscheu. 2. Kann die anatomische Form des Lupus diese Behandlungsmethode nothwendig machen. Am besten wirkt sie bei Lupus superficialis, in Folge der electiven Wirkung des Salicyl auf die Tuberkel. Weniger zu empfehlen ist das Pflaster bei Lupus profundus und Lupus vegetans, auch nicht beim Lupus sclerosus, bei welchem die Scarification vorzuziehen ist. 3. Lässt der Verlauf des Lupus oft die Pflasterbehandlung indicirt erscheinen. Die Heilung lässt manchmal nach einem operativen Eingriff sehr lange auf sich warten, und es haben dann neuerliche Auskratzung, Ignipunctur oder Scarification keinen Erfolg. In solchen Fällen erweist sich dann die Pflasterbehandlung bisweilen als wirksam, und befördert die endliche Heilung.

Ludwig Waelsch (Prag).

Kaarsberg, Hans. Die Drainage bei Lupus nasi. Ugeskrift for Laeger. 1896. Nr. 44.

Kaarsberg warnt vor dem zu frühen Aufhören mit dem elastischen Drainrohre nach einer blutigen Operation von Lupus im Naseneingang, da sonst die Narbencontraction eine sehr genirende Verengung der Apertura narium externa hervorruft; selbst nach der Heilung muss die Drainröhre sehr lange Zeit Nachts gebraucht werden.

Alex. Haslund (Kopenhagen).

Terrile. Due casi di lupus tuberculare curati col siero Maragliano. Gazetta degli ospedali e delle cliniche. 12 luglio 1896.

Terrile bringt die Krankengeschichten zweier Lupusfälle, welche beide durch Serumbehandlung (Maragliano) zur dauernden Heilung ge-



bracht worden sein sollen. Bemerkenswerth ist an dem ersten Falle, dass eine intercurrirende septische Infection der lupösen Partien eintrat, welche zwar die Heilung verzögerte, nach deren Ablauf jedoch der tuberculöse Process unter der Serumtherapie rapid zur Vernarbung kam; an dem zweiten Falle, in welchem der Lupus an den Fingern localisirt war, dass am Ende der Cur eine seit 8 Jahren bestehende Bewegungsbehinderung in den betreffenden Fingergelenken mit dem Lupus verschwunden war.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Moty. Traitement du lupus par les injections de naphtol camphré. Bul. méd. du nord. 1896. Ref. in Bul. gén. de thérapeut. 30 juillet 1896.

Moty empfiehlt die Behandlung des Lupus mit Campher-Naphthol und gibt folgendes Verfahren dabei an. Man verwendet eine Mischung von 2 Theilen Campher mit 1 Theil Naphthol und bringt, nach vorheriger guter Desinficirung der betreffenden Hautpartie, in die Mitte jedes Knötchens einen halben Tropfen der Flüssigkeit vermittelst einer Pravazspritze. Man kann 3—4 Stiche in einer Sitzung machen; zwischen den einzelnen Sitzungen lässt man 4—8 Tage Pause. Die Behandlung ist schmerzlos und kann von jedem Arzte ausgeführt werden. Man soll — in den leichten Fällen — in 2—4 Monaten Heilung erzielen. Es empfiehlt sich gleichzeitig innerlich Creosotleberthran zu geben. Die Campher-Naphtholbehandlung ist speciell indicirt für die Fälle von nicht ulcerirtem kleinknotigem Lupus. Bei den ulcerösen und fungösen Formen empfiehlt Moty vor den Injectionen ordentlich auszukratzen (?!).

Ferdinand Epstein (Breslau).

Branthomme. Un cas de guérison de tuberculose cutanée par les injections de cantharidate de potasse. La Françe médicale. Nr. 42. 1896.

Branthomme berichtet von einem 30jährigen Schuster, welcher an einer Hauttuberculose des rechten Handrückens und der unteren Partie des rechten Handgelenkes litt. Alle bisher angewendeten Mittel waren erfolglos geblieben, ebenso eine von B. selbst ausgeführte energische Auskratzung der Heerde. Durch 9 subcutane Injectionen von 0,0001 Gr. von cantharidinsaurem Kali erzielte B. ohne locale Therapie in 3 Wochen angeblich völlige Heilung der Affection. Bemerkenswerth ist noch, dass einmal aus Versehen statt $^1/_{10}$ Mgr. des Medicamentes ein ganzes Mgr. injicirt wurde, wodurch ausser einer vorübergehenden Temperatursteigerung (bis 39·4) und einer reichlichen Diurese (nb. ohne Eiweiss im Harn) — keine sichtlichen schädlichen Folgen verursacht wurden.

Ferdinand Epstein (Breslau).



Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Syphilis: Haut, Schleimhaut, Knochen und Gelenke.

Taylor, R. W. Schanker der Wange. Journal of cutan. and genit.-urin. dis. 1895. S. 505.

Taylor's Patient gab an, von einer Soubrette in die Wange gebissen zu sein, an der Bissstelle hatte sich der Schanker entwickelt. Derselbe hatte eine Grösse von 3 Zoll im Durchmesser; die Nackendrüsen waren enorm vergrössert und ein allgemeines papulöses Exanthem aufgetreten. Die Affection, die ein gutes Bild eines elephantiastischen Schankers darbot, wurde theils als kalter Abscess, theils als Cancroid, theils anders diagnosticirt, bevor der wirkliche Charakter erkannt wurde. Ein ähnlicher Fall war 2 Jahre vorher in seine Beobachtung gekommen. Es handelte sich um ein Mädchen, bei dem sich 5 einzelne Excoriationen am Kinn entwickelten, welche später in einen einzigen grossen Schanker confluirten. Auch hier bestand Vergrösserung der Drüsen im Nacken. Die Haut des Kinnes wurde stark infiltrirt und total unbeweglich über dem Unterkiefer und verursachte grosse Beschwerden beim Kauen und Schlucken. Verf. erwähnt auch einen andern kürzlich beobachteten Fall, in welchem sich bei einem Mädchen ein Schanker am harten Gaumen entwickelte. — Sherwell erwähnt in der Discussion einen Fall von Schanker an der Nasenspitze. — Taylor erwähnt gleichfalls einen Fall, wo ein junger Mann in Folge eines Bisses in die Nase einen typischen harten Schanker davongetragen hatte. Er hat auch einen Schanker am rechten Nasenflügel gesehen, und im Laufe der letzten 2 Jahre 2 Schanker der Augenlider. Ledermann (Berlin).

Vallas, M. Rétrécissement syphilitique du pharynx. Pharyngotomie externe par la voie trans-hyoidenne. Soc. des sciences médicales de Lyon. Séance de 22 avril 1896, ref. in La province méd. 25 avril 1896.

Vallas stellt in der Soc. des sciences méd. de Lyon einen 22jähr. Patienten vor, der in früher Jugend eine Lues acquirirt hatte. Seit den letzten 5—6 Jahren litt er an Schmerzen in der Kehle und zunehmender



Dysphagnie, wozu sich zuletzt noch Dyspnoe nach raschen Bewegungen und Anstrengungen gesellte. Bei der Untersuchung fanden sich 2 Stricturen im Pharynx. Die erste am Eingang in den Nasenrachenraum, die zweite in der Höhe der Epiglottis; letztere war so hochgradig, dass die Communication der Mundhöhle mit Osophagus und Trachea auf eine kleine (15 Mm. lange und 5 Mm. breite) ovale Oeffnung beschränkt war. Eine antiluetische Cur brachte schnell eine Besserung der Dyspnoe, aber keine Heilung zustande, so dass die Strictur chirurgisch auf dem in der Ueberschrift angedeuteten Wege behandelt werden musste.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Ward, Arthur H. The primary lesion of Syphilis. British médical Journal. October 24. 1896. Nr. 1869.

Ward führt hier die Vergleichung der syphilitischen Durchseuchung des Körpers mit dem Wachsthum einer Bakteriencolonie aus, deren Grundzüge er in den Mainummern der Lamcet (1896) dargelegt hat. Die Microben siedeln sich bei der Infection in geringer Zahl an, vermehren sich, langsam sich seitlich ausbreitend, erzeugen Toxine und locken durch diese eine Zellinfiltration (die Induration) herbei. Das erste Stadium des deutlichen Primäraffectes ist die indurirte (knorpelartige) Papel. Im Centrum derselben, bedingt durch die Absperrung der Blutzufuhr in hart infiltrirtem Gewebe, entsteht eine Erosion mit zerfressenem Boden, die schnell zu einer grossen wunden Stelle mit verdicktem Rand und glattem Grund wird. Danach entsteht die indurirte Narbe, und diese verschwindet, wenn die Gewebszellen, allmählig gegen die Toxine der Syphilismicroben gefestigt, die Obergewalt gegen die krankhafte Einlagerung gewinnend, Indurationszellen und Microben vernichten. Die verschiedenen Abweichungen von diesem Bilde (vornehmlich bei extragenitaler Infection) erklärt W. mit dem anatomischen Bau der Infectionsstelle. Felix Pinkus (Breslau).

Winternitz. Extragenitaler Initialaffect; Demonstration im Verein deutscher Aerzte. Prager med. Wochenschrift 1896. Nr. 1.

Der von Winternitz demonstrirte Fall war ein 8 Monate altes Kind mit einer exulcerirten Sclerose am linken Mundwinkel, Schwellung der regionären Drüsen und innerem maculo-papulösem Exanthem. Die Mutter des Kindes, von letzterem inficirt, zeigte jederseits an den Brustwarzen Initialaffecte, u. zw. links zwei, rechts drei ca. $1\frac{1}{2}$—2 Cm. lange, 1 Cm. breite, derbe, oberflächlich ulcerirte Infiltrate. In der linken Axilla die Drüsen geschwollen und derb, sonst der Körper noch frei von Syphiliserscheinungen. Bei einem Vergleich zwischen den Zahlen der an der Prager Poliklinik gesehenen und den von Krefting und Pospelow zusammengestellten Fällen von Extragenitalsclerosen geht hervor, dass in Prag die Häufigkeit der extragenitalen Infection eine bedeutend geringere ist. Sie beträgt durchschnittlich 2%, während Kreffting für das günstigste Jahr 5% findet. Dieses günstige Ver-



hältniss findet in der grösseren Wohlhabenheit und Intelligenz der Bevölkerung, sowie in der Durchbildung der Aerzte seine Erklärung.

Victor Saar (Pilsen).

Arullani. Gomme e centri nervosi. Gazetta medica di Torino. 9 Luglio 1896.

Arullani mahnt eindringlich, bei jedem Falle, der Symptome von Seiten des Gehirns oder des Rückenmarks bietet, an Lues zu denken, und gibt einen kurzen Ueberblick über die diffusen und circumscripten gummösen Erkrankungen der nervösen Centralorgane; zum Schluss referirt er sehr ausführlich die Krankengeschichte und den Sections- und mikroskopischen Befund eines von Hanot und Mennier publicirten Falles von doppelseitigem Gumma des Rückenmarkes und bespricht im Anschluss hieran die Symptomatologie solcher circumscripter Spinalerkrankungen.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Batten, Rayner. Superficial peripheral Chorioriditis. Ophthalmological society of the United Kingdoms. Sitzung vom 12. December 1895. Ref. British med. Journal 21. December 1895. Ref. Centralblatt f. Augenheilkunde. 1896, 9. April.

Batten stellt eine 40jährige Frau mit begrenzten landkartenähnlichen Herden nur in der Peripherie der Chorioiden vor. Die tieferen Lager sind nicht ergriffen, die oberflächlichen haben gebleichtes Aussehen. Abgesehen von einer leichten Gesichtsfeldeinschränkung keine Sehanomalien. Da von erworbener Lues keine Spuren, hält der Verf. es für eine späte Manifestation angeborener Syphilis. Der Process ist im Fortschreiten.

In der Debatte stimmt Holmer Spicer in Bezug auf die aetiologische Rolle der Syphilis dem Verf. bei, weil die weissen Linien längs der kleinen Gefässe für angeborene Syphilis charakteristisch seien. H.

Beadles, Cecil. Gummatous Enlargement of the Pituitary Body. The british medical Journal. Nr. 1877, 19. December 1896.

Beadles hat unter einer grossen Zahl von Autopsien nur zweimal Granulationsgeschwülste der Hypophyse gefunden. Den einen davon hielt man für tuberculös wegen der darin gefundenen Riesenzellen. Der zweite, welcher hier genauer berichtet wird, fand sich bei einer 41jährigen Frau, deren Sattelnase, rechte Oculomotoriuslähmung und Unterschenkelnarben von alter Syphilis Zeugniss gaben. Bei der Section fand man, ausser einigen Erweichungsherden im Gehirn, eine gummöse Neubildung der Dura mater in der Mittellinie, unter dem Tentorium. Die nekrotische (käsige) Veränderung war auf den vorderen Lappen der Hypophyse beschränkt. Auch hier fand sich eine Anzahl von Riesenzellen.

Felix Pinkus (Breslau).

Berger, Emile. Rétinite syphilitique avec albuminurie. Révue gén. d'ophthalm, nov. 1894. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895, p. 378.

Berger berichtet die Krankengeschichte einer 25jährigen syphilitischen Patientin mit Nephritis und Retinitis albuminurica, deren Er-



krankung er durch die Lues bedingt hält. Eine angewendete antiluetische Cur hatte nur relativen Erfolg. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Berger. Syphilis oculairs avec albuminurie; pronostic et traitement. Le Progr. médic. 1896. Nr. 38. I.

Berger bespricht an der Hand dreier Fälle von Retinitis bezw. Irido-Chorioditis specif., welche complicirt waren durch eine Nephritis, die Differentialdiagnose von specif. und anderen Augenerkrankungen. Die syphilitische Jritis hält Berger für schwerer verlaufend, als die aus anderen Ursachen entstandene, insbesondere lösen die Adhärenzen sich unter der Anwendung von Mydriaticis weit träger; die Retinitis albuminurica zeigt distinct auftretende Trübungen insbesondere in der Gegend der Papilla und der Macula, während die spec. Retinitis diffuse Trübung der Netzhaut insbesondere entlang den Gefässen aufweist.

Die Entscheidung, ob auch die begleitende Nephritis syphilitischer Natur ist, ist schwierig und überhaupt nur mit Reserve zu treffen. Ist dieselbe nicht specif., dann reizen selbst lösliche Hg-salze und sind besser durch Jodkali zu ersetzen, bei gleichzeitig spec. Nephritis geben einzelne den löslichen Salzen anderen wie Fourniers mercuriellen Einreibungen den Vorzug. Die Prognose ist in diesen letzteren Fällen für die Niere gut, die Retinitis führt erst zu Atrophie. Stein.

Brasch. Zur Pathologie der syphilitischen Früherkrankungen des Centralnervensystems. S. A. aus der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. 8. Allg. med. Central-Zeitung 1896. Nr. 15.

Als casuistischen Beitrag zu den Beziehungen der Syphilis zum Nervensystem veröffentlicht Brasch einen hochinteressanten Fall (Krankengeschichte, Sectionsbefund und mikroskopische Untersuchung), den er kurz folgendermassen resumirt.

Es handelt sich um einen 43jährigen Mann, welcher psychopathisch belastet war, in seinem Berufe mit Blei zu thun hatte und sich Anfang August 1893 syphilitisch inficirte. Ende August wurde er einer Schmiercur unterworfen, die aber wegen einer heftigen Stomatitis eingestellt werden musste. Mitte September bekam er eine rechtsseitige Gesichtslähmung von peripherem Charakter und Kopfschmerzen. Anfang November klagte er über Schwindelanfälle. Im Urin wurde vorübergehend Zucker gefunden, ebenfalls vorübergehend bestand Westphahl'sches Zeichen. Anfang December trat Schwerhörigkeit auf, die otiatrische Untersuchung machte eine Labyrinthaffection wahrscheinlich (vornehmlich rechts). Jodkali und Hg (in kleinen Dosen innerlich) schlugen nicht an. Der Kranke wurde Ende December zu einer Schmiercur ins Krankenhaus geschickt. Er wurde dort 5 Wochen hindurch geschmiert und erhielt 125 Gr Jodkali. Mitte Februar wurde er geheilt entlassen. Nur die rechtsseitige Facialisparese war nicht gehoben. Ende März trat er wieder ins Krankenhaus ein, weil sich von Neuem Kopfschmerzen und Schwindel eingestellt hatten, auch das Gehör wurde abermals schlechter. Trotz einer sofort eingeleiteten gemischten antiluetischen Behandlung



trat Ende Mai eine linksseitige Hemiplegie mit Betheiligung des unteren Facialis ein. Dieselbe ging zuerst etwas zurück, dann kam es zu Contracturen und allgemeinem Verfalle und unter bulbären Erscheinungen starb der Patient Ende October 1894. Bei der Section fand sich eine ausschliesslich vasculäre Form der cerebralen Syphilis, ein Erweichungsherd im rechten Pons mit der entsprechenden secundären Degeneration im Verlaufe der Pyramidenbahn, ausserdem Degenerationen im Verlaufe der N. N. VII und VIII rechts.

Es würde zu weit führen, die epikritischen Bemerkungen des Autors zu diesem Falle in extenso wiederzugeben; dieselben müssen im Originale nachgelesen werden. Hier seien nur noch seine Schlussfolgerungen erwähnt:

1) Nervenerkrankungen specifischer Natur können bei Syphilitischen in jedem Zeitstadium der Erkrankung auftreten, ja sogar schon wenige Wochen nach der Infection.

2) Eine ungenügende Behandlung scheint das Auftreten solcher Früherkrankungen zu begünstigen.

3) Ein Unterschied zwischen diesen Früherkrankungen des Nervensystems und solchen der Spätperiode besteht höchstens in dem acutern Einsetzen und schnellerem Verlaufe der ersteren gegenüber dem chronischen Beginne und dem lentescirenden Gange der letzteren.

Paul Oppler (Breslau).

Brewer George E. and **Bealey** Pearce. Clinical and Pathological Report of a case of cerebral syphilis. The american association of genito-urinary surgeons. The Boston medical and surgical Journal. Nov. 5. 1896.

Brewer und Bealeys Kranker wurde 3½ Jahr nach der Infection mit Syphilis, während welcher Zeit er fast andauernd mit Quecksilber und Jod behandelt wurde, von nervösen Symptomen befallen. Er litt an Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen; erweiterte linke Pupille, beiderseits Papillitis, Erhöhung aller Reflexe (doch kein Fussclonus); keine Lähmung, keine Sensibilitäts- und Blasenstörung. Nach kurzer Besserung durch Quecksilbereinreibung und Jodkali trat plötzlich ein epileptischer Anfall ein; daran schloss sich nach wenigen Tagen ein Coma, das mit dem Tode endete.

Die Autopsie ergab die Thrombosirung der Arteria basilaris, der beiden Arteriae vertebrales und eines Theiles von deren hinteren Aesten. Der vordere Theil der arteria vertebralis war aneurysmatisch erweitert und bildete einen runden Tumor von 7,5 Cm. Durchmesser, der zwischen den beiden Nervi oculomotorii lag und den Pons comprimirte.

Felix Pinkus (Breslau).

Bunch. Un cas de paralysie bilaterale des abducteurs des chordes vocales dû à la syphilis (a cuse of bilateral paralysis of the abductors of the vocal cords due to syphilis). The Lancet 29 Fevrier 1896. Ref. in Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. Nr. 34. 22 Août 1896.



Ein 36jähriger Mann, der, wie sich herausstellte, vor mehreren Jahren Lues acquirirt und schon mehrfache Anfälle von Husten mit Athemnoth gehabt, wird ohne Bewusstsein, cyanotisch und mit suffocatorischen Erscheinungen ins University College Hospital gebracht. Da weder im Hals noch im Kehlkopf ein Fremdkörper zu fühlen war, bei der Spiegeluntersuchung sich aber Röthung und Schwellung der Stimmbänder mit Verengerung der Stimmritze constatiren liess, wurde die Tracheotomie gemacht. Bei genauer Untersuchung am nächsten Tage stellte es sich heraus, dass eine Lähmung der Abductoren der Stimmbänder vorlag (das rechte Stimmband bewegte sich nur wenig nach aussen bei der Inspiration, das linke kaum). Da ausserdem der freie Rand der Stimmbänder rauh, ulcerirt und geröthet war und ferner sich eine Plaque am rechten Mundwinkel, Rhagaden an den Hohlhänden, Geschwüre am Scrotum fanden, wurde Jod gegeben.

Besserung resp. Heilung. Spiegelhauer (Breslau).

Burger und **Pel**. Ein Fall von luetischen Hirnnervenparalysen. Niederl. Gesellschaft für Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde. I. Th. 1894. Internat. Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften. Jahrgang XII. Jan. 1896. pag. 38.

Der Fall Burger's und Pel's, bei welchem die rechte Seite des Velum palatinum, der rechte Abducens, Facialis, Acusticus. Posticus, die sensiblen Nerven der rechten Seite von Nase, Rachen und Kehlkopf gelähmt waren, verdient Interesse wegen des frühzeitigen Auftretens der Lähmungen (1/2 Jahr nach der Infection), wegen des guten Einflusses der Therapie, welcher nur Posticus- und die Gaumenlähmung widerstand. Später kam es noch einmal zu Lähmungen des Facialis und Acusticus und unter heftigen cerebralen Erscheinungen zu linksseitiger Hemiparese der Extremitäten; unter combinirter Behandlung heilte Alles mit Ausnahme der erwähnten Lähmung und derjenigen des Facialis (descendirende Neuritis?). B. und P. schliessen eine Erkrankung des Pons aus und glauben vielmehr an eine Endarteriitis obliterans der Art. fossae sylvii und einen basalen Process. Jadassohn (Bern).

Caporali, R. Sifilide cerebrale. Rivista clinica e terapeutica. Anno XVIII. Nr. 2, pag. 59.

Caporali berichtet von einem 21jährigen Koch, bei welchem vor 3 Jahren ein luetisches Geschwür constatirt worden war, auf welches nach 3 Monaten ein Gumma der Stirngegend gefolgt sein sollte. Vor 2 Monaten hatte der Patient eine apoplectiforme Attaque mit Bewusstseinsverlust und Hemiparesis dextra; diese Störungen gingen auf subcutane Sublimatinjectionen zurück. Nach dem Aussetzen dieser Medication erfolgte bald ein zweiter apoplectiformer Anfall, in Folge dessen Verlust der Sprache, Hemiparesis dextra und andere nervöse Störungen sich zeigten. Eine antiluetische Cur hatte hier keinen Erfolg, trotzdem wurde die Diagnose auf cerebrale Lues gestellt. Bei der Autopsie fand sich: chronische fibröse Pachymeningitis und Leptomeningitis des Gehirns,





diffuse Arteriitis mit Arteriosclerose, kleine Erweichungsherde im Gehirn und punktförmige Hämorrhagien im linken Thalamus.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Du Cazal. Syphilis cérébro-spinal prècoce. Société médicale des hopitaux. Sitzung vom 25. Juni. Ref. La France médicale 43. Jahrg. Nr. 24, den 12. Juni 1896.

Du Cazal hat bei einem Patienten 4 Monate nach der Infection die ersten cerebrospinalen Erscheinungen beobachtet und eine Woche später 2 Anfälle Jackson'scher Epilepsie. In der Debatte erwähnen Catrain, Balzer und Ménétrier Fälle von 6, 2 resp. 3 Monaten.

Paul Oppler (Breslau).

Cardarelli. Sifilide cerebro-spinale con prevalente forma di atasria locomotrice. Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche. Nr. 92. 1896.

Cardarelli berichtet von einem 29jährigen Patienten, der vor 13 Jahren ein luesverdächtiges Ulcus acquirirt und wegen hartnäckiger Kopfschmerzen damals eine Jodkalicur durchgemacht hatte. Seit 8 Monaten bietet der Patient Zeichen einer cerebro-spinalen Affection dar, insofern als sich bei ihm, eingeleitet durch apoplektische und epileptiforme Anfälle, eine totale locomotorische Ataxie, Verlust der Patellarreflexe und Blasenstörungen ausbildeten. Trotz der Aehnlichkeit mit dem Symptomencomplex der Tabes hält C. die Kranheit doch nicht für eine einfache Rückenmarksschwindsucht, wegen des Fehlens der einleitenden lancinirenden Schmerzen und der Opticusatrophie.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Collins, Jos. A case of tabes associatet with posthemiplegie, athetosis and unilateral reflex iridoplegia. Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 5. Ref. Centralbl. für Nervenheilk. und Psychiatr. 1896, p. 392.

Collins berichtet über einen 38jährigen Mann, der seit einem Jahre an Athetose des rechten Armes, Ptosis und Insufficienz des Rectus sup. des linken Auges und an Tabes leidet und bei dem die Therapie (Hg und JK neben Bädern, Massage und Tonicis) eine Besserung des Ganges und die Rückkehr der Potenz bewirkte. Dieser Patient hatte bereits 14—15 Jahre vorher eine mit Hg erfolgreich behandelte Hemiplegie gehabt. Ein „hartes fressendes Geschwür an der Lippe", an dem Pat. ca. 5 Jahre vor dem Insult gelitten, unterstützt die Annahme des syphilitischen Ursprungs der Krankheit, obwohl Pat. venerische Affectionen leugnet und einen Unfall, einen Sturz auf die rechte Parietalgegend in der Anamnese hat. Münchheimer (Kolberg).

Darkschewitz, Katanki de. Le tabes dorsalis considéré comme une maladie syphilitique du système nerveux. Wratsch. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1895, p. 311.

Darkschewitz plaidirt in dem nichts Neues bringenden Artikel für den sicheren Zusammenhang der Tabes mit der Lues und für mög-



lichst energische und zeitige antisyphilitische Behandlung gleich beim Auftreten der lancinirenden Schmerzen und der Abnahme der Reflexe.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Doernberger, E. Luetische Pseudoparalysen. Der Kinderarzt. VI. 1895, S. 113.

Doernberger berichtet über zwei Fälle von luetischer Pseudoparalyse, besser gesagt Osteochondritis syphilitica, welche beidemale blos an den Oberextremitäten ausgesprochen war. Fall 1 betraf ein 3monatliches, Fall 2 ein 4tägiges Kind. In beiden Fällen war das Ellbogengelenk — und zwar die Vorderarmenden desselben — Sitz der Erkrankung, in Fall 2 waren überdies noch das untere Vorderarmende, sowie das linke Ellbogengelenk mit afficirt. Im ersten Falle bestand ein papulöses, im zweiten ein blasiges Exanthem. Coryza und Sattelnase war beide Male vorhanden. Fall 2 erkrankte im fünften Lebensmonate an sehr schwerer Rhachitis. Verf. glaubt mit Kassowitz, dass die Syphilis, wie jede andere schwere Erkrankung des Säuglings, die fernere Entstehung der Rhachitis begünstigen kann, ohne sie direct zu erzeugen. Die syphilitischen Knochenknorpelveränderungen sind den rhachitischen zwar sehr ähnlich, doch mit denselben nicht identisch. Therapeutisch wurde abwechselnd Calomel und Schmiercur mit vollem Erfolge angewendet. Die Kinder lassen die erkrankten Extremitäten unbeweglich, schlaff, wie gelähmt herunterhängen, weil sie nur bei vollständiger Ausschaltung der Muskelthätigkeit schmerzfrei sind. Die elektrische Reaction der Muskeln ist dabei unversehrt, daher eine wahre Lähmung — welche hin und wieder im Gefolge der Syphilis congenita wohl vorkommen kann — in den Fällen mit ausgesprochener Knochenknorpelschwellung vollkommen auszuschliessen ist.

Hochsinger (Wien).

Erb, W. Syphilis und Tabes. Berlin. Klin. Wochenschrift 1896, Nr. 11.

Gegenüber einer Statistik, welche Leyden durch Storbeck hat publiciren lassen, stellte Erb seine neuen Tabesfälle (200, nur Männer) zusammen, wobei sich 185 mit Lues inficirte befanden, während nur bei 15 eine Infection nicht zugestanden wurde. Erb hat im Ganzen bis jetzt 700 Fälle zusammengestellt; es fanden sich 9,65% Nichtinficirte, gegen 90,35% früher Inficirte. Die kritische Zerpflückung der Storbeck'schen Statistik möge im Original nachgelesen werden. Jedenfalls steht fest, dass die Erb'schen Zahlen mit denen von Hitzig, Raymond, Voigt u. A. übereinstimmen und denen von Gerhard, Mendl, Senator nahe kommen. Karl Herxheimer (Frankfurt a. M.).

Forselles, Arthur af. Contribution à la connaissance de la labyrinthite syphilitique. Finska lakaresallo-kapets handtingan, XXXVI., 12, p. 856—63. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1895, p. 309.

Der Patient Forselles', ein 22jähriger junger Mann, erkrankte ein halbes Jahr nach seiner Infection mit Lues plötzlich an Schwindel und



heftigem Erbrechen. Die genauen Gehörsprüfungen ergaben eine linksseitige Labyrintherkrankung, und zwar eine solche der Bogengänge.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Fournier. Myelopathies syphilitiques. Gazette hebdomad. de méd. et de Chirurgie. 1896, Nr. 39.

Fournier theilt, wie schon bekannt, die luetischen Rückenmarksleiden je nach der Beobachtungszeit in congenitale, frühzeitige (précoces) und spätbeobachtete (tardifs). — Die congenitale Form lässt sich als Meningomyelitis auf dem Sectionstisch nachweisen bei todtgeborenen oder bald nach der Geburt verstorbenen Kindern. — Im Kindesalter von 2—8 Jahren beobachtet man gewöhnliche und krampfartige Paraplegien; letztere reagiren gut auf specifische Behandlung, neigen aber sehr zu Recidiven. Seltener sieht man Polyomyelitis anterior bei Kindern dieses Alters. — Die tardive Form ist an keine Zeit und an keine bestimmten Symptomengruppen gebunden. Vielleicht hat sie einen Einfluss auf die Entstehung der Tabes.

Pinner (Frankfurt a. O.).

Freud, S. L'hérédité et l'étiologie des névroses. Revue neurolog. 1896 Nr. 6. Ref. im Centralblatt für Nervenheilk. und Psych. 1896, p. 334.

Freud sieht die wahre Ursache aller grossen Neurosen ausschliesslich in dem sexuellen Leben des Individuums, sei es in einer Störung des gegenwärtigen sexuellen Lebens, sei es in Ereignissen des früheren.

So werde die Neurasthenie nur durch übermässige Masturbation und spontane Pollutionen, die Angstneurose durch sexuelle Abstinenz, frustane Erregung, Congressus interruptus etc., die Hysterie durch die Erinnerung an einen vor Eintritt der Pubertät vollzogenen sexuellen Verkehr mit einer anderen Person hervorgebracht. Während jedoch bei der Hysterie der sexuelle Verkehr (und zwar stets ein Act sexueller Passivität) Angst und Abscheu erweckt hatte, führen sexuelle Vorgänge, die vor der Pubertät stattfinden, später Neurosen von Zwangsvorstellungen herbei, sobald sie Vergnügen verursacht haben. Alle anderen, im allgemeinen als Ursachen der grossen Neurosen angesehenen Einflüsse auf das Nervensystem sind nach Freud's Ansicht zwar wichtig, z. T. sogar — z. B. die hereditäre Anlage — nothwendig zum Hervorbringen der betr. Neurose, aber „specifisch" wirken nur die genannten Vorgänge im sexuellen Leben.

Münchheimer (Kolberg).

Giedroyé. Notes cliniques du domaine des maladies vénériennes. Kronika Lekarska 1894 Nr. 10. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 115.

Giedroyé berichtet 2 klinisch interessante Fälle von Lues: 1. eine Hemiplegie, 3 Monate nach der Infection, mit bedeutender Besserung nach specifischer Behandlung, 2. eine Irido-Cyclitis, Gummata der Iris und Hypopionkeratitis im 9. Monate der Lues. Als 3. Fall führt er eine Lues an, die durch einen Biss in den Nacken übertragen worden war.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Gilbert. Ueber Neurasthenie nach Ablauf der Secundärperiode der Syphilis. Allg. Med. Centr.-Ztg. Nr. 103. 1895.

Gilbert hat unter einer grossen Anzahl von Neurasthenikern 13 Fälle beobachtet, die er der von Fournier „Neurasthenie syphilitique" bezeichneten Gruppe zurechnet. Bei der Auswahl dieser Kranken ist zu beobachten, dass keinerlei organische syphilitische Nervenerkrankung bestehen darf, sodann dass andere prädisponirende Momente: wie erbliche Belastung, Constitutionskrankheiten, Ueberanstrengung, Excesse nicht vorausgegangen sind.

Verf. hat bei 8 dieser Kranken die „Forme fruste" d. h. die cerebrale Form fest gestellt, welche sich durch Kopfdruck im Hinterkopf r. Nacken verbunden mit migräneartigen Anfällen kennzeichnet, in den übrigen Fällen die „Forme commune" d. h. die allgemeine Neurasthenie mit ihren bekannten Symptomen. Die Prognose dieser Fälle hält G. für günstig, nur ist bei der Therapie Vermeidung einer Jod- oder Mercurbehandlung oberster Grundsatz. Psychische Behandlung, Hydrotherapie Berg- oder Seeluft etc. sind die wirkenden Agentien; gelegentlich die Bromsalze, Chinin, Antipyrin in kleinen Dosen.

Für die Berechtigung diese Neurasthenie als syphilitische zu bezeichnen, während doch die specif. Behandlung wirkungslos bleibt, stützt sich Verf. auf die Annahme, dass das Bewusstsein der Kranken Ulcera gehabt zu haben und damit späteren Gefahren ausgesetzt zu sein, die Grundursache dieser Form abgibt. Stein.

Gouez, J. Contribution à l'étude de la maladie de Parrot pseudoparalysie syphilitique. Thèse de Paris 1895. Ref. im Journal des mal. cut. et syph. 1895, p. 742.

Die Parrot'sche syphilitische Pseudoparalyse der Kinder ist nach Gouez eine ziemlich seltene Erscheinung der hereditären Syphilis. Differentialdiagnostisch leicht mit der kindlichen Paralyse und der Osteomyelitis zu verwechseln, ist ihre Prognose bei geeigneter antisyphilitischer Behandlung meist eine günstige. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Grancher. Surdi-mutité d'origine probablemen. syphilitique. Journ. de méd. et de chir. prat. 10 Avril 1896. Ref. in La Médecine moderne 18 Avril 1896.

Grancher berichtet von einem 7jährigen Kinde, welches — anfangs körperlich und geistig normal entwickelt — im 5. Jahre eine fortschreitende Verminderung der Hörfähigkeit bis zur völligen Taubheit zeigte; gleichzeitig nahm successive die Fähigkeit zu sprechen ab, bis das Kind ganz stumm wurde, jedoch konnte deutlich beobachtet werden, dass die Gehörstörung der Sprachstörung voranging. Ferner verminderte sich die Intelligenz des Kindes und das Gedächtniss; auch stellten sich Eigenthümlichkeiten im Gange ein. Graucher glaubt, dass es sich in diesem Falle um eine Acusticusatrophie — analog der Opticusatrophie der Tabiker — handle und dass die Aetiologie höchst wahrscheinlich in einer hereditären Lues zu suchen sei. Ferdinand Epstein (Breslau).



Hanot et Mennier, Henri. Gomme syphilitique double de la moelle ayant déterminé un syndrome de Brown-Séquard bilatéral. Congrès de Tunis. Association pour l'avancement des sciences Avril 1896. Ref. in Gazette hebdom. de méd. et de chir. 16 Avril 1896, Nr. 31.

Hanot und Mennier bringen Krankengeschichte, Sections- und mikroskopischen Befund eines Falles, in welchem sich — bei Gegenwart zweier Gummata im Rückenmark — intra vitam ausser Paraplegie und Reflexverlust auch die sogenannte syringomyelitische Sensibilitätsstörung fand. Ferdinand Epstein (Breslau).

Herrick. Polymyositis acuta, with Report of a Case Presumably of Syphilitic Origin (Myositis Syphilitica). The American Journal of the Medical Scienc. Vol. CXI Nr. 4, Nr. 288. April 1896.

Herrick hat folgenden Fall beobachtet (die Einzelheiten sind im Originale nachzulesen): Eine 25 Jahre alte Frau mit luetischer Anamnese bekommt plötzlich eine schmerzhafte Schwellung im Supinator longus; innerhalb der nächsten 3 Wochen erkrankt die Musculatur der rechten und linken Waden in gleicher Weise, aber mehr diffus, Schwellung, Schmerzen, brettartige Härte in den Geweben über der Musculatur. Keine nervösen Symptome; Reflexe etwas verstärkt; allgemeine Drüsenschwellung. Abnahme der Entzündungserscheinungen auf Jodkalisalbe. Weder ein Tranma noch eine Infection ausser Syphilis nachweisbar. Die Untersuchung mit dem Mikroskop ergiebt diffuse Entzündung der Muskelsubstanz mit Hämorrhagien; keinerlei, weder flanzliche noch thierische Parasiten.

Diagnose: Polymyositis acuta diffusa haemorrhagica syphilitica.

Im Anschlusse an diesen Fall, der zwar nicht zu den primären acuten Polymyositiden zu rechnen ist, aber viele ähnliche Momente aufweist, unterzieht Herrick in ausführlichster und dankenswerther Weise die Literaturangaben, welche sich über dieses Krankheitsbild finden, einer kritischen Würdigung und gelangt dadurch zur Aufstellung eines gut charakterisirten Krankheitsbildes. Von seinen Schlussfolgerungen seien folgende hervorgehoben:

Es gibt eine wohl charakterisirte primäre Erkrankung der Musculatur des Menschen, welche als Polymyositis acuta, Pseudotrichinosis oder Dermatomyositis beschrieben worden ist. Die wichtigsten Symptome der typischen Fälle sind: entzündliche Muskelschwellung, Röthung, Milztumor und Ausbreitung der Erkrankung auf die Muskeln des Verdauungs- und Respirationstraktus, schliesslich Tod. Trichinosis und Polymyositis müssen durch sorgfältige — im ersten Falle oft wiederholte mikroskopische Untersuchungen ausgeschlossen werden. Die Aetiologie ist unbekannt, hypothetisch werden angeschuldigt: pflanzliche, thierische (Gregarinen) Parasiten und Toxine.

Syphilitische Myositis findet sich in 3 Formen: die gummöse, die diffuse und die beide Formen vereinigende. Die diffuse syphilitische Myo-



sitis ist gewöhnlich eine Späterscheinung, entsteht ohne äusserliche Veranlassung, ergreift keine bestimmten Muskeln, aber meist mehrere; sie ähnelt sehr der acuten Polymyositis. Paul Oppler (Breslau).

Hitschmann R. Beitrag zur Kenntniss der Meningitis syphilitica. Wiener klin. Wochenschrift Nr. 47 und 48, 1896.

Hitschmann gibt die ausführliche Krankengeschichte eines unter meningealen Erscheinungen mit chronischem Verlaufe verstorbenen 63jährigen Mannes, den er als Assistent an der Augenklinik Hofrath Fuchs' zu beobachten Gelegenheit gehabt hatte. Die in der mittleren Schädelgrube hauptsächlich und primär localisirte Meningitis, welche sich anamnestisch und anatomisch als durch Lues bedingt erwiesen hatte, führte zur Compression des r. Abducens und Oculomotorius, zur Lähmung des r. Olfactorius und Facialis, und zur trophischen Keratitis, Lagophtalmus. Der anatomische Sectionsbefund und die feineren Nervenläsionen müssen im Originale nachgesehen werden. Ullmann.

Kaes. Statistische Betrachtungen über die Anomalien der psychischen Functionen bei der allgemeinen Paralyse. Zeitschrift für Psychiatrie. 1896, LIII. 1.

In der vorliegenden Arbeit, in der Kaes statistische Mittheilungen über die Häufigkeit der verschiedenen Arten von Sinnestäuschungen (Hallucinationen und Illusionen), von Anomalien der Gefühle, des Denkens, des Selbstbewusstseins, des Handelns (ev. Vergehen gegen das Strafgesetzbuch) erscheint dem V. die Syphilis als ätiologisches Moment so hervorragend wichtig, dass er fast in jeder der zahlreich beigefügten, für den Psychiater besonders interessanten Tabellen den Procentsatz der syphilitischen und alkoholischen Kranken hervorhebt. Im Rahmen eines Referates für dieses Archiv muss ich mich auf diese Andeutungen über die sehr interessante Arbeit beschränken. Lasch.

Larroque, M. Les gommes épisclérales. Thèse de Paris. Nr. 187. Ref. in Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. Nr. 32. 19. Avril 1896.

Episclerale Gummata — so schreibt Larroque — hat man bisher nur bei acquirierter Lues gefunden. Diese Gummata entwickeln sich, etwas vom Hornhautrande entfernt, ohne namhafte entzündliche Reaction; zuweilen exulceriert der mehr oder minder grosse Tumor; sehr selten kommt es zum Durchbruch der Sclera. Anderweitige specifische Augenerkrankungen treten häufig gleichzeitig auf. Die Prognose ist gut, wenn frühzeitig genug eine antiluetische Cur eingeleitet wird. Vor operativen Eingriffen wird gewarnt. Ferdinand Epstein (Breslau).

Lindsay Steven, John. On a Series of Cases illustrating the Influence of Syphilis in the Sudden Production of Alarming Disorders of the Nervous System. The Glasgow Medical Journal Vol. XLVI. Nr. 4.

John Lindsay Steven theilt die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, die unter acuten Erscheinungen aufzutreten pflegen,



in solche ein, die zurückzuführen sind 1. auf eine schnelle Entwicklung eines Gummas, 2. auf eine luetische Thrombose.

Derartige Erscheinungen treten gewöhnlich auf zu einer Zeit, wo oft weder anamnestisch noch objectiv eine vorausgegangene Infection nachweisbar sind, so dass auch ohne derartige Anhaltspunkte an eine luetische Aetiologie gedacht werden muss und energische, antiluetische Curen zu versuchen sind.

Vier derartige Fälle werden sehr ausführlich beschrieben.

Der 1. Fall betrifft einen 46jährigen Mann, der bereits vor 4 Jahren einen leichten Anfall von Schwäche des rechten Armes und Beines hatte; vor 14 Tagen stellten sich Schwächegefühl sowie Zuckungen der rechten Körpertheile ein. Seit einem Jahr Gummata der Kopfhaut. Ueber luetische Infection ist nichts bekannt. Beweglichkeit, Kraft und Sensibilität des r. Armes und Beines beträchtlich herabgesetzt; die Reflexe sind rechts sehr gesteigert. Nach mehrwöchentlicher Behandlung mit Quecksilber und Jodkali sind die hemiplegischen Erscheinungen bis auf ganz geringe Motilitäts- und Sensibilitätsstörung zurückgegangen.

Auf Grund der ganz allmälichen Entwicklung des Leidens der Jackson'schen Epilepsie und des gleichzeitigen Bestehens von Gummata der Kopfhaut nimmt Verf. ein Gumma an der Oberfläche der Hirnhemisphäre an und glaubt eine Thrombose ausschliessen zu können.

Im 2. Fall handelt es sich um eine 53jährige Patientin, die nach mehreren Anfällen von Bewusstlosigkeit unter hochgradigem rechtsseitigem Kopfschmerz und zeitweiligem Doppeltsehen Ptosis des rechten Augenlides bekam. Lues-Anamnese fehlt. Die Ptosis ist eine vollständige; starke Thränensecretion; die rechte Pupille ist etwas kleiner, wenig beweglich; sämmtliche Augenmuskeln mit Ausnahme des Rectus externus sind gelähmt. Gleichzeitig besteht ein Herzfehler. — Nach $2\frac{1}{2}$ monatlicher combinirter Behandlung mit Jodkali und Quecksilber vollständige Heilung. Die Diagnose lautete: Gummöses Infiltrat der Gehirnbasis, den Stamm des N. oculomotorius umfassend. Die Beschränkung der Lähmung nur auf einen Nerven, die gleichzeitige Hemicrania nocturna und der prompte Erfolg der specifischen Therapie liessen einen Zweifel an der luetischen Natur der Affection nicht zu.

An dritter Stelle theilt St. die Krankengeschichte eines 40jährigen Mannes mit, der wahrscheinlich in seiner Jugend eine syphilitische Infection durchgemacht hatte, und bei dem im letzten Jahr sehr quälende Kopfschmerzen, vollständiger Verlust der Sprache und Schwäche des rechten Armes auftraten. Die Untersuchung ergab das Bild einer typischen, motorischen Aphasie, deren Symptome ausführlich geschildert werden. Eine antiluetische Behandlung ergab keine Besserung. Trotzdem nimmt St. mit aller Wahrscheinlichkeit eine syphilitische Läsion in der Gegend der Broca'schen Windung an, zumal die Anamnese, die Deformität der Nase, sowie die langanhaltenden Kopfschmerzen mit melancholischer Depression für Lues sprachen. Da eine bereits vorhandene



Zerstörung von Gehirnsubstanz angenommen werden musste, konnte eine wesentliche Besserung von einer antiluetischen Therapie nicht erwartet werden.

Bei dem vierten Patienten bestand das Leiden in sehr heftigen, besonders des Nachts auftretenden Kopfschmerzen und zeitweiligen epileptischen Anfällen; eine syphilitische Infection war sicher (vor etwa 20 Jahren) vorausgegangen. Am Kopf Narben nach Ulcerationen. Durch eine fünfwöchentliche, antisyphilitische Behandlung wird wesentliche Besserung erzielt; nach Aussetzen der Therapie, die — wie Verf. zugesteht — eine zu kurze war, trat ein Recidiv auf, das durch lange fortgesetzte Jodkali- und Hg-Anwendung völlig beseitigt wurde.

Zum Schluss der Besprechung der vier mitgetheilten Fälle hebt der Autor als Prodromalsymptome von luetischen Späterkrankungen des Gehirns die heftigen, nächtlichen, oft halbseitigen Kopfschmerzen, geistige Trägheit sowie Gummata der Beinknochen und des Kopfes hervor; solche Erscheinungen müssen zu einer frühzeitigen, antiluetischen Cur Veranlassung geben. J. Schäffer (Breslau).

Minerbi. Sindrome poliomielitica pura da sifilide spinale. Gazzetta degli ospedali e della cliniche. 29. Febrajo 1896.

Minerbi gibt die Krankengeschichte eines 57jährigen Mannes, welcher vor einem Jahre eine Lues acquirirte und bald darauf eine doppelseitige Iritis durchmachte. Der Patient bot nun eine Reihe von Symptomen, eine Spinalerkrankung dar, welche M. mit Poliomyelitis syphilitica bezeichnet, ohne genauer präcisiren zu können. Ausführlich besprochen wird die Differentialdiagnose namentlich gegen: Tabes, Pseudotabes, idiopathische Poliomyelitis, hereditäre Ataxie (Friedreich), Hysterie, Neurasthenie etc. Nur eine Meningomyelitis syphilitica, nach Art der von Lamy beschriebenen, kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Ferdinand Epstein (Breslau).

Moebius, P. J. Zur Lehre von der Tabes. Neurolog. Beiträge von P. J. Moebius, Heft III. Ref. Centralbl. für Nervenheilk. und Psych. 1896, p. 345.

Moebius bespricht in drei gesonderten Abschnitten die Entwickelung der Aetiologie der Tabes, die Tabes bei Weibern und, unter Zugrundelegung einiger Fälle, die Casuistik. Bezüglich der Aetiologie ist M. Anhänger der Theorie des syphilitischen Ursprunges der Tabes ebenso wie der progr. Paralyse. Von einer disponirenden Wirkung von Alkohol, Strapazen, Erkältungen etc. sei nichts Sicheres bekannt. Von 46 an Tabes erkrankten Frauen seiner Beobachtung hatte die Mehrzahl Lues in der Anamnese und bei fast allen fanden sich Umstände, die eine frühere Infection wahrscheinlich machten. Der Intervall zwischen Infection und Tabes betrug im Mittel 7 Jahre, die Lues selbst war stets eine leichte gewesen. Hilfsursachen der Tabes, wie puerperale Vorgänge, besonders



Blutungen, Erkältungen, neuropathische Anlage und Gemüthsbewegungen, fehlten häufig ganz.

Besonders sei noch auf die Zusammenstellung der Literatur vom Jahre 1880—1895 hingewiesen, die M. in kurzen Referaten auf 107 Druckseiten gibt. F. Münchheimer (Kolberg).

Nicastro. La ptosi della palpebra superiore come segno di sifilide cerebrale. Gazetta degli ospedali e della cliniche. 3. Marzo 1896.

Nicastro bespricht im Anschluss an einen schon früher von ihm beobachteten Fall von Ptosis des oberen Augenlides auf luetischer Basis einen ähnlichen Fall. Ein 35jähriger Bauer ohne luetische Anamnese erkrankte mit Störungen des Allgemeinbefindens, zu denen sich bald eine Ptosis des rechten Oberlides gesellte. Eine einmonatliche Jodkalicur brachte nicht nur keine Besserung, sondern es stellten sich noch dazu ein: Allgemeine Cachexie, temporärer Bewusstseinsverlust, incontinentia urinae, linksseitige Facialislähmung, Schlingbeschwerden, starke Salivation, Aphonie, Pupillen-Dilatation und -starre (r); der rechte Bulbus stand unbeweglich mit der Axe nach aussen und unten. Nach sieben Sublimatinjectionen (deren Dosis und Zeitintervalle nicht angegeben sind) gingen alle Störungen bis auf die Augenmuskellähmung und die Ptosis, die dauernd bestehen blieben, zurück. Zum Schluss betont N. nochmals die Wichtigkeit der Ptosis als Zeichen luetischer Cerebralerkrankung.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Ogilvie. Epoque d'apparition des accidents syphilitiques du systême nerveux et les trois périodes de la syphilis. La France médicale. 1896, Nr. 70.

Syphilitische Erkrankungen des Nervensystems sah Ogilvie am häufigsten im ersten Jahr post infectionem auftreten, warnt aber dabei, jedes nervöse Krankheitssymptom als luetisch aufzufassen, wenn der Patient eine Lues in der Anamnese hat.

Die Perioden der Lues abzugrenzen, hält Verfasser zur Zeit noch für unmöglich, da die klinische Untersuchung hierfür keine sicheren Anhaltspunkte gewährt. Leider folgt daraus, dass wir in unserer Prognose in Bezug auf Uebertragung und Vererbung oft vielleicht unnöthiger Weise sehr vorsichtig sein müssen. Pinner (Frankfurt a. O.).

Marie, Pierre. Sur deux cas de tabes de commune origine syphilitique. Journal des mal. cut. et syph. 1895, p. 698.

Pierre Marie berichtet die interessante Krankengeschichte zweier Patienten, die sich beide im Jahre 1869 in derselben Nacht und bei derselben Person luetisch inficirt hatten, deren Cypitis anscheinend sehr harmlos verlief und deswegen auch ungenügend behandelt wurde, die aber jetzt Beide, der eine seit 1890, der andere seit 1891 an Tabes mit besonderer Betheiligung der Augen leiden; bei dem Einen ist sie schon sehr weit vorgeschritten, während der Andere sich noch eines relativen Wohlbefindens erfreut.



Vortragender erinnert an die Theorie Morel-Lavallée's von der „Syphilis à vivus nerveux" und würde es für sehr interessant halten, noch andere zu derselben Zeit und von derselben Person inficirte Luetiker an Tabes erkrankt zu finden. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Raymond. Sur une variété particulière de paralysie alterne. Leçon du 11 janvier 1895, recueillie par a Souques. Revue neurolog. 1895, 7. Ref. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psych. 1896 p. 338.

Raymond's Fall betrifft eine 39jährige, seit ihrer Verheiratung wiederholt wegen luetischer Affectionen behandelte Frau, die durch eine Apoplexie eine bisher noch nicht beschriebene Combination von Lähmungen erlitten hat, nämlich neben einer rechtsseitigen Hemiplegie eine vollständige Lähmung des linken Abducens mit homonymer Diplopie und geringer Erweiterung der linken Pupille sowie Abschwächung der Reaction auf Licht- und Accomodationsreiz.

R. nimmt einen Herd an der Basis der Brücke an, der zugleich den Abducens und den Pyramidenstrang im Bereiche des Hirnschenkels oder der vorderen Brückenregion trifft, wodurch nicht nur die partielle Oculomotoriuslähmung, sondern auch die Hemiplegie mit der alternirenden Abducensparalyse erklärt würden. Die Ursache der Apoplexie könne ebenso gut ein basaler gummöser Process, als eine luetische Arteriitis mit folgender Thrombose und necrobiotischer Erweichung im Bereich der Pons sein.

Auf antiluetische Therapie trat erhebliche Besserung ein.

F. Münchheimer (Kolberg).

Royet. Otite chez un syphilitiqne. Journal des mal. cut. et syph. 1895, p. 731.

Royet demonstrirt der Société des sciences médicales de Lyon einen Patienten mit einem luetischen Exanthem der Handteller, einem 1½ Cm. grossen Sequester der Alveole des ersten linken Molarzahnes u. dadurch hervorgerufener Naseneiterung, mit einer durch eine alte Eiterung hervorgerufenen völligen Taubheit des rechten und einer frischen syphilitischen Otitis des linken Ohres und intermittirendem Fieber, letzteres ohne nachweisbare Ursache. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Sokoloff. Ein Fall von Gumma der Hypophysis cerebri. Virchow's Archiv, 143, Heft II, 1896.

Sokoloff erwähnt, dass er in der Literatur nur zwei Fälle von Gummiknoten der Hypophysis cerebri veröffentlicht gefunden habe und zwar von Weigert und Barbacci. Als dritten schliesst er folgenden Fall an: Der Sectionsbefund dieses Falles — einer 44 Jahre alten, an Marasmus post choleram asiatic. verstorbenen Frau — zeigt folgende interessante Punkte: Bei Herausnahme des Gehirns riss nicht, wie gewöhnlich, der Stiel der Hypophysis ab, sondern es blieb an ihm ein Theil der vergrösserten Hypophysis hängen, während der andere Theil abriss und in der Sella turcica blieb. Nach Entfernung desselben zeigte sich die letztere als erweitert, besonders in der Tiefe. An der glatten

Knochenoberfläche war nirgends eine Fissur zu bemerken; doch war das Dorsum ephipii so verdünnt, dass es leicht abbrach. Beide Theile der Hypophysis zusammen bilden eine wallnussgrosse Geschwulst von gelblich grauer Farbe und von ziemlich elastischer Consistenz, die im Innern in eine käseähnliche Masse verwandelt scheint. Im Uebrigen die gesammte Hirnsubstanz von normalem Blutgehalt und unverändert, die arteriellen Gefässe der Basis etwas dünnwandig. Von den übrigen Organen ist die Leber etwas kleiner als normal, an der Oberfläche narbige Einziehungen, von denen aus Bindegewebszüge strahlenförmig ausgehen. Im Lebergewebe finden sich Knoten, meist rund von graugelber Farbe und von Erbsen- bis Wallnussgrösse wechselnd. Jeder Knoten ist von einer Bindegewebskapsel umgeben, aus der sich die käsigen Massen leicht herausschaben lassen.

Ausser einem acuten Gastrointerstinalkatarrh, parenchymatöser Degeneration und arterio-sclerotischer Schrumpfung der Nieren war in anderen Organen Nichts zu finden. Die Hypophysis-Geschwulst zeigt sich bei sofortiger mikroskopischer Untersuchung an Fetttröpfchen und Detritus bestehen.

Es folgte dann die ausführliche Beschreibung des mikroskopischen Befundes der Leber und Hypophysengummiknoten nach Alkoholhärtung: Das die Käsemassen einschliessende Bindegewebe (an der Hypophysis) geht an einigen Stellen ohne scharfe Grenzen in das vermehrte Bindegewebe der Hypophysis über; in letzterem wie überhaupt im ganzen Gewebe der Hypophysis sehr starke kleinzellige Infiltration. Ausser den Lymphoiden enthält das Bindegewebe zwischen den Fibrillenbündeln epitheloide und in geringer Anzahl auch Riesenzellen, die in ziemlicher Entfernung von den käsigen Massen liegen. Nirgends sind die drei Zellelemente wie ein Tuberkel angeordnet. Die Intima der Gefässe im kleinzellig infiltrirten Gewebe ist stark sclerosirt.

S. begründet die syphilitische Natur des Hypophysentumors mit folgenden Punkten:

Fehlen von Tuberkelbacillen; endarteriitische Processe; Fehlen von tuberkelähnlichen Knoten; bindegewebige Kapsel um den Käseherd; Vorhandensein von sternförmigen Narben und zahlreichen verkästen Knoten in der Leber. Lasch (Breslau).

Sorel. Hémiplégie spasmodique infantile au cours de l'hérédo-syphilis. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1896 p. 13.

Die 21jährige, an spasmodischer halbseitiger Kinderlähmung leidende Patientin Sorel's zeigt an ihrem Skelet typische Merkmale der hereditären Syphilis. Die Krankheit begann im zweiten Lebensjahre mit convulsivischen Zuckungen der rechten Seite und Bewusstseinsverlust; diese Zuckungen dauerten bis zum 8. Jahre. Allmälig entwickelte sich eine Lähmung und Contraction der rechten Extremitäten, in der oberen mehr ausgesprochen, als in der unteren. Seit dem 17. Jahre bestehen wieder leichte convulsivische Zuckungen, die nur Nachts auftreten, mit Verlust



des Bewusstseins und unfreiwilligem Urinabgang. Es besteht jetzt völlig Abmagerung und Contractur beider rechter Extremitäten verbunden mit einem idiotenhaften Geisteszustand.

S. ist weit davon entfernt, diese Lähmung als durch die hereditäre Lues direct verursacht anzunehmen; er sieht in der Lues nur einen prädisponirenden Factor für die Erkrankung, eine Ansicht, die auch Fournier theilt. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Terson. Gommes précoces du cercle ciliairc. Soc. franç. d'ophthalmologie. Sess. du mai 1896. Ref. in La semaine méd. Nr. 24, 1896.

Während die Condylome der Iris leicht heilbar sind, stellen die Gummata des Corpus ciliare — wie Terson hervorhebt — gefährliche Geschwülste dar, welche die Solera bald durchbrechen. Therapeutisch gibt T. in diesen Fällen den intramusculären Hg-Injectionen vor den Inunctionen den Vorzug. Alle tertiär-syphilitischen Erscheinungen am Auge und dessen Umgebung können gleich in den ersten Jahren der Lues auftreten. Ferdinand Epstein (Breslau).

Trapeznikoff, M. Claudication intermittente dans la syphilis. Soc. de derm. et de syph. de Saint-Pétersbourg. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1895, p. 306.

Trapeznikoff beobachtete drei Fälle von intermittirendem Hinken in Folge von Endarteriitis luetica, die er näher beschreibt.

Paul Neisser (Beuthen O. S.)

Wwedensky, A. A. Ein Fall von syphilitischer Spinalparalyse. Medizinskoje Obozsenie. 1895, Bd. 44, Nr. 14, p. 99—115. Russisch.

Wwedensky beobachtete einen 42 Jahre alten Mann, welcher sich stets einer guten Gesundheit erfreute und normale Lebensweise führte. Nach einer Syphilisinfection verliefen die Lueserscheinungen ziemlich undeutlich und in schwachem Grade. Eine antisyphilitische Behandlung wurde ununterbrochen im Laufe von 2½ Monaten durchgeführt. Nach etwa 7½ Monaten (nach der Infection) traten Symptome auf, welche die beginnende Periode derjenigen Rückenmarksaffection charakterisirten, die von Erb Paralysis spinalis syphilitica genannt wird. Die antisyphilitische Behandlung (im Ganzen 128,0 Ungt. Hydrarg. ciner., und 122,0 Kalium jodatum) bestätigten die Diagnose. Ausser der specifischen Behandlung wandte W. an: Faradisation, Massage, warme Bäder (einfache und Salzbäder) und Haemogallol. Der Zustand des Patienten besserte sich bedeutend. Der beschriebene Fall bestätigt nach W. folgende von vielen Syphilidologen aufgestellte Thesen: 1. Die Rückenmarkssyphilis gehört zu den frühesten Affectionen der inneren Organe. 2. Die Erkrankungen des Centralnervensystems werden ziemlich häufig bei Personen beobachtet, welche primäre sowie secundäre Syphiliserscheinungen leichten Grades aufweisen. A. Grünfeld (Rostow am Don).



Viscerale Syphilis.

Guibert. A propos de deux cas de sarcocèle syphilitique. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1894 p. 487.

Guibert berichtet über 2 Fälle von luetischer Hydrocele, welche dadurch bemerkbar sind, dass sie in ihren klinischen Symptomen völlig einer einfachen Hydrocele glichen, so dass G. in dem einen Fall — beim Fehlen jeglicher syphilitischer Anamnese — eine zweimalige Punction vornahm und erst dabei von seinem Irrthum zurückkam. Beide Fälle heilten prompt auf Jodkali. Paul Neisser.

Jonnart, P. De l'epididymite syphilit. tertiaire. Thèse. Paris 1895.

Jonnart bespricht die seltene, aber zweifellose Localisation tertiärer Syphilis in den Nebenhoden auf Grund von 37 Beobachtungen. Der Beginn manchmal acut, schmerzhaft und fieberhaft, häufiger allmälig schmerzlos mit Knotenbildung im Nebenhoden, fast stets einseitig. Der Hode bleibt normal, die Potenz ist nicht alterirt. Antisyphilitica bringen rasche Heilung. In diagnostisch zweifelhaften Fällen gibt dieser Umstand Aufklärung. Finger (Wien).

Rollet. Epididymite syphilitique tertiaire. Archives provinciales de Chirurgie. 1893. Ref. im Journal des mal. cut. et syph. 1894 p. 187.

Rollet legt bei der Erzählung der Krankengeschichte eines an gummöser Osteomyelitis des linken Ellbogens, an tubero-ulcerösen Hautsyphiliden, disseminirten und multipeln ulcerirten Gummata und tertiärer rechtsseitiger Epididymitis leidenden Patienten auf letztere den Hauptwert; nach dem Verfasser ist die tertiäre luetische Epididymitis einseitig, befällt bald den ganzen Nebenhoden, bald nur Theile desselben, kann aber auch acut auftreten und nach aussen durchbrechen. Unter Jodkali und Hg-Behandlung trat nach einem Monat Heilung der Affection ein.

Paul Neisser.

Rollet, Étienne. Parasyphilitische beiderseitige Orchialgie. Soc. fr. de dermat. et de syph. Annal. 1895 p. 226.

Rollet. Bei einem 19j. Bäcker, der in seinem 15. Jahre eine Blennorrhoe mit nachfolgender linksseitiger Epididymitis, weiters ein Genitalgeschwür gehabt hatte, trat in den folgenden Jahren Verhärtung des Caput epididym. dextr. und Hydrocele abwechselnd an beiden Seiten auf, die sich trotz mehrfacher Punctionen wiederholten. Einmal wurden auch Erscheinungen allgemeiner Lues (Papeln, Drüsenschwellung) beobachtet. Lebhafte Schmerzen in beiden Hoden und die Hydrocelen veranlassten Rollet zur Exstirpation der verdickten Scheidenhaut, wonach Heilung auftrat. R. hält die Epididymitis sowie die Schmerzen für abhängig von der luetischen Infection. Winternitz.

Mann, M. D. Chronic Salpingo-Oophoritis and Syphilis. Intern. Med. Magaz. 1894. Juni.



Mann beschreibt folgenden Fall: Leukorrhoe, frische Lues, Tumor links vom Uterus, hühnereigross, adhärent, unregelmässig. Der Verfasser deutet diese Beobachtung — die man sehr häufig machen kann — als Salpingo-Oophoritis auf Grund einer alten Gonorrhoe mit Verschlimmerung durch (?) die frische Lues. Y.

Bar und **Rénon.** Ictère grave chez un nouveau-én atteint de syphilis hépatique paraissant dû au proteus vulgaris. Société de biologie, Mai 1895. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1895 p. 688.

Bar und Rénon fanden bei der Section eines 5 Tage nach der Geburt an febrilem Icterus gestorbenen hereditär syphilitischen Kindes ausser untrüglichen Zeichen einer luetischen Hepatitis, Thromben in der Leber, der Nabelvene, der Milz und dem rechten Herzen. In diesen Thromben fanden sich bei mikroskopischer und bakterieller Untersuchung fast Reinculturen des Hauser'schen Proteus vulgaris. Es handelt sich also nach der Ansicht der Autoren um eine Infectionskrankheit, der das durch die Syphilis geschwächte und widerstandsunfähig gemachte Kind erlegen ist; die Infection ist wahrscheinlich von der Nabelvene aus erfolgt. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Böhle. Ueber Aortenerkrankung bei Syphilitischen und deren Beziehung zur Aneurysmenbildung. Deut. Archiv f. klin. Med. Bd. LV. Ref. Centralbl. f. innere Medic. 1895. Nr. 44.

Böhle vervollständigt durch zwei neue Beobachtungen, die er über syphilitische Veränderungen der Gefässwandungen mittheilt, seine Veröffentlichung über die Aorta eines Syphilitischen im Jahre 1885. Es handelt sich dieses Mal um frühere Stadien der Erkrankung bestehend in kleinzelliger Infiltration der vasa vasorum der Adventitia und Media, die sehr verbreitet und stellenweise so hochgradig ist, dass es zur Ausbildung förmlicher Granulationsgeschwülste kommt. Nekrose findet man selten; die Intima war in beiden Fällen nur sehr wenig ergriffen. Die Erkrankung erreicht den höchsten Grad im innern Drittel der Media, ohne dass Zerreissungen derselben irgendwo zu constatiren gewesen wären. Die Bildung von Narbengewebe, welche der kleinzelligen Infiltration folgt, schwächt die Gefässwand, in denen das renitente Mediagewebe durch nachgiebiges Narbengewebe ersetzt wird. X.

Bourdieu, M. Jean. Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire. (Dilatation des bronches.) Thèse de Paris. Nr. 156. Févr. 1896. Ref. in Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 29 Mars 1896.

Bourdieu stellt 7 in der Literatur bereits niedergelegte Fälle von luetischer Dilatation der Bronchien zusammen und fügt diesen noch einen neuen hinzu. Die Affection findet sich bei hereditärer und acquirirter Lues und charakterisirt sich als luetisch durch die Gegenwart von Gummen in dem sclerosirten Gewebe, welches die Bronchialwand ersetzt hat. Diese Formen, in denen sich die Lues in den Lungen ausschliesslich — wenigstens primär — an dem Bronchialsystem manifestirt,



sind erheblich seltener, als die übrigen Formen von Lungensyphilis (wie z. B. miliare Lungengummata, Cavernen und interstitielle Pneumonien auf luetischer Basis etc.). Hinsichtlich der Symptome zeigen die syphilitischen Bronchiectasien keine besonderen Charakteristica. Die Prognose ist infaust, da immer gleichzeitig in Leber und Niere schwere luetische Veränderungen bestehen. Die Therapie kann nur den Process aufhalten und die Resorption der Gummata bewirken, nicht aber die Ectasien der Bronchien, deren elastische musculäre und knorpelige Elemente bereits untergegangen sind, wieder zur Rückbildung bringen.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Coggeshall Friederick, and **Whitney**. A case of syphilis of the heart. Boston Medical and Surgical. Journal, December 10, 1896.

In Coggeshall's Fall handelte es sich um einen kräftigen Mann, der nach ca. 1 Jahr lang andauerndem Unwohlsein geringerer Art plötzlich von einer durch Convulsionen, Athemstörung (stark erhöhter Frequenz, zeitweise Cheyne-Stokes'sches Athmen), Pulsverlangsamung und Herzgeräusch charakterisirten Krankheit befallen wurde. Das Herzgeräusch hatte eine ganz eigenthümliche Beschaffenheit, „als ob ein grosser Fremdkörper dem Blutstrome den Weg verlege". Nach wenigen Tagen erfolgte der Tod. Die Autopsie ergab ausserordentlich schwere Veränderungen im Herzen. Das Septum ventriculorum war durchsetzt von einer Neubildung, die sowohl in den rechten wie in den linken Ventrikel hineinreichte. Im rechten Ventrikel sass ihr ein grosser Thrombus auf. Die Geschwulst war fest wie ein hartes Fibrom, auf der linken Seite; weich und gelblich, in der Mitte sogar halbeiterförmig auf der rechten Seite. Tuberkelbacillen werden in Austrieben nicht gefunden, ein mit der Masse inoculirtes Meerschwein blieb am Leben. Mikroskopisch fand man das gelbliche, fibröse, etwas undurchsichtige Gewebe, was im Gumma der Regel nach gefunden wird, keine Tuberkel.

Pinkus (Breslau).

Collan, Walter. Bidray till kannedom en of foran ruigarne et lef varn vid syfilis. (Beitrag zur Kenntniss der Veränderungen in der Leber bei Syphilis.) Akadem. Abhandl. Helsingfors 1895. Ref. Centralbl. f. path. Anatomie etc. 1896. Nr. 67.

Die Arbeit zerfällt nach einer historischen Einleitung in 3 Theile, deren erster 8 Fälle von acquirirter Lebersyphilis — 4 mit Gummabildung — behandelt. Im zweiten Theile theilt Collan mit, dass unter 33 Fällen von hereditärer Syphilis 15mal makroskopisch syphilit. Leberveränderungen gefunden worden seien, er glaubt, dass sich in einigen der anderen 18 hätten noch mikroskop. Veränderungen finden lassen. In einem Falle sah der V. eine Zwischenform zwischen dem nodulären und eigentlichen Gumma, in 3 anderen Fällen mehr minder entwickelte interstitielle Veränderungen und sogar den monocellulären Typus theilweise exquisirt entwickelt. Der dritte Theil der Arbeit beschäftigt sich mit der den Leberveränderungen bei Syphilis heredit. tarda. Die Fälle d. V. sind folgende: 1. 2 17, resp. 18 J. Fälle von Mädchen, die bei der



Section Gummata der Leber zeigten; 2. theilt d. V. die Krankengeschichte von 5 Geschwistern mit; ursprünglich 11 Kinder sind bis auf den jüngsten Bruder alle gestorben. Der V. hatte Gelegenheit, die Leberveränderungen des 1., 3., 4. und 5. Kindes zu sehen. Die Leber jedes Mal war grossknotig und zeigte ausser einer reichlichen Neubildung von Bindegewebe mit vorzugsweisser anulärer Anordnung eine hochgradige Fettdegeneration. Trotzdem in der Anamnese der Eltern keine Syphilis nachweisbar, hält der V. dieselbe für erwiesen, besonders da das jüngste lebende Kind durch eine energische antiluetische Cur am Leben erhalten worden ist.

X.

Delagaye. Epididimite sifilitica tertiaria. Thèse de Lyon Ref. in Gazzetta degli orpedali e delle cliniche. Nr. 136. 1896.

Die tertiär syphilitische Epididymitis ist — wie Delagaye hervorhebt — selten. Bei der mitunter sehr schwer zu stellenden Diagnose ist zu berücksichtigen: die chronische subacute Art des Entstehens, die meist diffuse Form, die zuweilen eintretende Erweichung, bezw. Abscedirung des Tumors, die Coexistenz anderer tertiär syphilitischer Erscheinungen, schliesslich die prompte Reaction auf eine Jodtherapie. Adhärenz des Tumors an den Hoden spricht gegen eine tertiär syphilitische Epididymitis. Anatomisch findet sich ein sclero-gummöses, intertubuläres, periepididymitisches Infiltrat. Völlige restitutio ad integrum kann bei rechtzeitigem Einsetzen der Cur erfolgen; letztere besteht vornehmlich in einer energischen Jodkalitherapie, die man zweckmässig mit Quecksilbereinreibungen combinirt.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Durand. Sur un cas d'épididymite syphilitique tertiaire. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1896, p. 151.

Bei der Seltenheit des Vorkommens einer tertiärsyphilitischen Epididymitis ohne Betheiligung des Hodens ist die von Durand mitgetheilte Krankengeschichte eines 25jährigen Mannes von Interesse. Derselbe acquirirte im Jahre 1893 Lues, die er trotz mehrfacher Erscheinungen, schlecht behandelte. Im Jahre 1895 zeigte sich ein ulceröses Exanthem an den Unter- und Oberschenkeln und die oben erwähnte Epididymitis, die den ganzen rechten Nebenhoden in einen wenig empfindlichen Tumor verwandelt hatte. Unter einer energisch gemischten Behandlung trat völlige Restitutio ad integrum ein. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Faget. Étude sur la syphilis pulmonaire Thèse de Paris. Nr. 274. Avril 1896. Ref. in Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. Nr. 54. 1896.

Nach Faget zählt die Lungensyphilis zu den tertiären, den Visceralerscheinungen. Sie tritt selten unter dem Bilde einer acuten, häufiger einer chronischen Bronchopneumonie auf, mit oder ohne Pleuritis. Zuweilen macht sie den Eindruck einer gemeinen Lungentuberculose oder auch einer Gangraena pulmonum. Die unbehandelte Lungensyphilis führt durch Kachexie oder intercurrente Phthise fast stets zum Tode. Zumeist zeigen sich noch andere lebenswichtige Organe (Nieren etc.)





von specifisch luetischen Processen oder von amyloider Degeneration betroffen. Die Diagnose auf Lungensyphilis kann nur ex juvantibus gestellt werden. In der grössten Mehrzahl der Fälle wirkt eine rechtzeitige antiluetische Behandlung überraschend. Jeder Kliniker sollte bei Pneumonien, die im Auftreten und Verlauf Abnormitäten darbieten, an Lues denken und eine dementsprechende Cur versuchen.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Griffin, Harrison, E. Condylomata of the Trachea. N. Y. Med Journal 16. Nov. 1895.

Bei Griffin's Patienten sah man bei der Inspiration an der vorderen Trachealwand dicht unter den Stimmbändern einen Zoll nach unten reichend, einen das Lumen verengernden, breiten, unregelmässig höckerigen, rothen, durch Fissuren gespaltenen Tumor, der durch Jodkali in grossen Dosen und locale Einreibung mit Hg-Salbe in 3 Wochen heilte.

J.

Heymann. Adhérences et rétrécissements pharyngiens et laryngiens dans la Syphilis. Arch. intern. de laryngol., octob. 1895. Nr. 2.

Heymann hat die Veränderungen im Rachen und Kehlkopf am häufigsten nach hereditärer Syphilis und besonders dicht an den Choanen an der Grenze zwischen Mund- und Nasenrachen, unter Pharynx und Stimmbändern, gesehen. Er betont die Schwierigkeit der Therapie. J.

Hildebrand, Aloys. Ueber luetische, auf die Tunica vaginalis propria testis beschränkte Neubildungen und deren Beziehungen zur Entstehung der Hydrocele. Inaug. Diss. Halle 1895.

Bei der Operation einer Hydrocele bei einem 37jährigen Manne wurden auf der exstirpirten Tunica vag. prog. 2 tumorartige, scharf umschriebene Knoten gefunden, fast gleich gross, ca. 1 Cm. dick und an der Basis etwa von der Grösse eines Zehnpfennigstückes. Makroskopisch zeigen dieselben auf dem Durchschnitt im Centrum eine gelbliche, trockene, derb elastische, necrotische Masse, die nach dem Rande zu allmälig in eine diffus graue Partie übergehen. Mikroskopisch findet sich unter der oberflächlichsten derbfaserigen Bindegewebsschichte älteres und jüngeres Granulationsgewebe mit vereinzelten Riesenzellen und zahlreichen Gefässen. Im Centrum trotz der vollständigen Necrose noch gut erhaltene, mit Blut gefüllte Gefässe. Keine Tuberkelbacillen, weshalb Hildebrand die Tumoren trotz mangelnder Anhaltspunkte aus der Anamnese rein aus pathol.-anat. Gründen als Gummata ansieht. W. Oppenheimer (Strassburg).

Hodenpyl. Syphilitic Perforation of the Large Intestine. The New-York Pathological Soc. 11. Mars 1896. New-York. Med. Record. 1896. Vol. 50. Nr. 10, p. 346.

Hodenpyl zeigte Präparate von einem 69jährigen Mann, der an einer syphilitischen Necrose des Sternums gelitten hatte und zuletzt



wegen totaler Obstipation vergeblich behandelt worden war. Neben der Perforation des Darmes fanden sich Gummata in der Milz.

Jadassohn (Bern).

Krupetzky, A. Ein Fall von Peritonitis syphilitica. Medizina 1895. Nr. 25—26. Ref. Jeszenjedelnik 1895. Nr. 43, pag. 609. Russisch.

Krupetzky beobachtete auf der Dorpater (Jurjew'scher) Klinik einen 60 Jahre alten Bauer, der dieselbe wegen der charakteristischen Erscheinungen einer frischen syphilitischen Infection aufsuchte. Nach 22 Einreibungen mit Ungt. hydr. ciner. musste die antisyphilitische Behandlung wegen eingetretenem Schwächezustand, Appetitlosigkeit und vollständiger Sistirung der Verdauungsfähigkeit unterbrochen werden. Bald trat exitus letalis ein. Die Section ergab die Anwesenheit an vielen Stellen von Pseudomembranen, die sich in Folge einer Peritonitis an dem Peritoneumüberzuge des Darmes ausbildeten. Diese Pseudomembranen störten die Darmperistaltik und führten zur Drehung der Flexura sigmoidea um ihre Axe. — Auf Grund dieser Beobachtung kommt Krupetzky zum Schlusse, dass die Peritonitis syphilitica sehr latent verlaufen kann und nur durch abgeschwächte Darmperistaltik sich kundgibt. Dieser Fall beweist auch, dass die Peritonitis syphilitica nicht nur in der tertiären, sondern auch in der secundären Periode der Syphilis auftreten kann. A. Grünfeld (Roston a. D.).

Lazarew. Due casi di sifilide del cuore. Presse Médical. 103. 1896. Ref. in Gazetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 154. 1896.

An der Hand von 2 Fällen von Herzsyphilis, von denen der eine zur Obduction kam und pericarditische Plaques, verdickte, fast knorpelharte Papillarmuskeln und alte ulceröse Processe an den Klappen darbot, bespricht Lazarew das klinische Bild dieser Krankheit, die seiner Ansicht nach gar nicht so sehr selten ist. Er postulirt daher, dass jeder Arzt bei Patienten, die mit luetischer Anamnese und mit Symptomen einer Herzaffection und chronisch rheumatischen und arthritischen Beschwerden kommen, baldmöglichst eine antisyphilitische Cur einleiten soll. Ferdinand Epstein (Breslau).

Mangour. Syphilis pulmonaire. Soc. d'anatom. et de phys. de Bordeaux. Ref. in Gazette hebdomad. de méd. et de chir. Nr. 47. 1896.

Mangour stellt einen Patienten — Syphilitiker — vor, bei dem er auf Grund des Lungenbefundes: deutliche Induration des rechten Mittellappens, welche acut mit Seitenstechen einsetzte, und die durch antiluetische Behandlung erheblich gebessert wurde, eine Lungensyphilis diagnosticirt hatte. Ferdinand Epstein (Breslau).

Otto, Moriz. Ueber syphilitischen Icterus. Inaug.-Diss. Hamburg, 1894.

Icterus bei constit. Syphilis kann sowohl im Secundär- als Tertiärstadium auftreten und entweder eine zufällige katarrhalische oder anderweitige Complication oder aber durch die Syphilis selbst bedingt sein. Der durch die Syph. bedingte Icterus kann auf zweierlei Art zu



Stande kommen: 1. Durch spec. syph. Erkrankungen der Magendarmschleimhaut. Die Aufmerksamkeit wird sich bei dieser Annahme vor allem auf die Vorgänge an den uns sichtbaren Schleimhäuten des Intestinaltractus, die sich dort abspielenden luetischen Erscheinungen, die Magendarmsymptome richten müssen, deren Eintreten wir vor oder gleichzeitig mit der Gallenresorption erwarten dürfen. 2. Durch Anschwellung der Lymphdrüsen in der Leberpforte und dadurch behinderten Gallenabfluss. Für die Richtigkeit dieser Ansicht werden starke allgemeine indolente Drüsenschwellungen sprechen, das Fehlen von gastrischen Beschwerden vor Eintritt des Icterus, endlich eventuelle Beeinträchtigung der in der Nachbarschaft gelegenen vena portae mit ihren Folgen. Auf Grund von 7 Krankengeschichten Syphilitischer aus der medic. Klinik zu Kiel kommt nun Otto zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Der bei Syphilis auftretende Icterus ist in den meisten Fällen durch die Lues selbst veranlasst. 2. Im Tertiärstadium ist er gewöhnlich durch Erkrankung des Lebergewebes bedingt. 3. Dagegen verdankt er bei secundärer Syphilis einer Lymphdrüsenschwellung an der Leberpforte seine Entstehung. 4. Die Prognose des letzteren ist günstig, doch mit Vorsicht zu stellen, da Icterus gravis im Anschluss an ihn beobachtet ist. 5 Die Behandlung muss in erster Linie eine energisch specifische sein.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Passini. Endarteritis syphilitica bei einem 2jährigen Kinde. Arch. f. Kinderheilk. 1896, p. 195.

Die von Passini berichtete Endarteritis syphilitica bei einem 2jährigen Kinde weicht von den bisher publicirten Fällen dieser Affection — Chiari und Kohts — bei hereditär luetischen Kindern dadurch ab, dass sich hier ein grosser Erweichungsherd in den von den stenosirten Gefässen versorgten Hirnpartien fand. Der Fall war dadurch dem sonst nur bei Arteritis auf Grund acquirirter Lues erhobenen Befunden analog. Da nun auch die elterliche Lues nicht eruirbar war, so glaubt Passini, es habe sich hier um eine nicht erkannte, in den ersten Lebensmonaten zufällig erworbene Syphilis gehandelt. Dass die gesunde Mutter des Kindes beim Stillen nicht inficirt wurde, sei nach den Erfahrungen Henoch's kein Gegenbeweis. Die klin. Symptome waren: Lähmung der rechten Extremitäten und Aphasie, der Exitus erfolgte durch Diphtherie.

F. Münchheimer (Kolberg).

Reclus. Du traitement du rétrécissement syphilitique du rectum. Soc. de chirurgie. Séance du 29 juillet. Ref. in La Médecine Moderne. Nr. 62. 1896.

Reclus berichtet in der Soc. de chir. über die schnelle Heilung zweier Patienten mit syphilitischen Mastdarmstricturen. In dem ersten Falle gelang es dem Redner eine nur für Bougie Nr. 9 (Hegar) durchgängige, oberhalb des Sphincter sitzende Strictur durch Spülungen mit 54° (C)igem Theerwasser und systematischem Bougiren in 11 Tagen für Bougie 25 wegsam zu machen. In dem zweiten Falle mussten 4 Incisionen mit dem Tenotom vorangehen, um dieselbe Therapie zur Wirkung

kommen zu lassen. In beiden Fällen wurden die Dilatationen (bezw. auch die Incisionen) unter Cocainanästhesie vorgenommen. In der Discussion macht Quenu auf die Gefahr der Recidive aufmerksam. Das von Reynier betonte „spasmodische Element“, welches bei den Stricturen aller Organe eine grosse Rolle spielen solle und bei der Therapie am Rectum durch die Anwendung des Cocains ausgeschaltet würde (nach Reynier's Ansicht), kommt nach Quenu hier nicht in Betracht, da am Orte der Strictur fast alles Muskelgewebe bereits untergegangen sei.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Regnier, A. Contribution à l'étude des manifestations rénales de la Syphilis acquise. Thèse Paris 1896.

Regnier gibt zu, dass die syphilitischen Manifestationen in den Nieren — abgesehen von den Gummen — sich nicht von anderen Nephritiden unterscheiden, die Diagnose wird durch die Coincidenz mit anderen syphilitischen Erscheinungen und durch den Erfolg der Therapie ermöglicht. Die Prognose ist naturgemäss günstiger als bei anderen Nephritiden. Y.

Schutter. Ein Präparat von Lues laryngis. Niederl. Ges. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. 1. Juli 1894. — Internat. Centralbl. für Laryngologie, Rhinol. und verwandte Wissenschaften. Jahrg. XII, Jan. 1896, p. 36.

Schutter demonstrirt ein Präparat, „welches ein typisches Carcinom darzustellen scheint“, und von einem Pharyngealgeschwür gewonnen war; unter Jodoformeinblasungen (die nur ut aliquid fiat gemacht wurden), heilte das Geschwür vollständig (und dauernd? Ref.). Sch. empfiehlt daraufhin, „bei inoperabeln Carcinomen, auch wenn die mikroskopische Untersuchung den Verdacht auf Carcinom bestätigt hat, auf eine antiluetische Therapie nicht zu verzichten“. Jadassohn.

Weber. Syphilis and the Etiology of Atheroma. The Amer. Journ. of Med. Sciences. 1896, Nr. 5.

Weber glaubt, dass durch die Blutveränderung bei der Lues — ähnlich wie bei Nephritis, Alkoholismus etc. — entzündliche und degenerative Processe in der Arterienwand entstehen, welche durch Zellanhäufung in der Intima sogar eine Obliteration herbeizuführen vermögen. Diese Veränderungen treffen auch die Vasa vasorum an den grossen Gefässstämmen, und führen so indirect weiter zu erneuter Schädigung der Widerstandsfähigkeit der Arterienwandung. Diese chronisch entzündlich-degenerativen Veränderungen führen allmälig zu dem Bilde der Arteriosclerose, welche an sich wiederum ein sehr wesentliches prädisponirendes Moment für das Entstehen von Aneurysmen abgibt. Literaturdaten sind beigegeben. Pinner (Frankfurt a. O.).

Hereditäre Syphilis.

Andeond. La néphrite dans la syphilis héréditaire. Revue méd. de la Suisse Romande. 16. Jahrg. Nr. 8. 20. Aug. 1896.



Andeond hat folgenden Fall beobachtet: Es handelt sich um ein drei Monate altes Kind, dessen Vater nicht syphilitisch, dessen Mutter jedoch in erster Ehe inficirt ist, aber keine Erscheinungen zeigt; das Kind selbst ist zur richtigen Zeit geboren und zeigt keine Spuren hereditärer Lues, ausser eine leichte, aber persistirende Coryza und eine suspecte Verfärbung und Desquamation an den Plantae pedis. Anlässlich einer Verdauungsstörung treten die Symptome einer acuten Nephritis auf, Oedem der unteren Extremitäten, gefolgt von allgemeiner Anasarca und spärlichem Urin, der Albumen und Cylinder enthält. Unter dem Einflusse einer specifischen Behandlung bessert sich der Zustand; die Einreibungen mit grauer Salbe müssen jedoch der unangenehmen Hauterscheinungen wegen eingestellt werden. Zwei Tage darauf acute Verschlimmerung, wieder Oedeme, Anasarca, Albumen und Cylinder im Urin etc., hierzu kommen noch anhaltende Krämpfe. Wiederum specifische Behandlung und wiederum auffällige Besserung. Leider ist das Kind bereits zu schwach und stirbt an einer intercurrenten Pneumonie. Auf Grund dieser Beobachtung und einer kritischen Würdigung der bereits veröffentlichten ähnlichen Fälle kommt Andeond zu folgenden Schlüssen: Nierenerkrankungen kommen bei hereditär luetischen Kindern vom Tage der Geburt an vor, und zwar häufiger als man bisher angenommen hat. Es können das sein: Gummata der Nieren, Nephritis parenchymatosa acuta, Nephritis interstitialis und amyloide Degeneration. Die Erkrankungen treten unter dem bekannten Bilde der Nephritis (Anasarca, Albuminurie, Anurie, Erbrechen, urämische Convulsionen etc.) auf. Eine schnell angewendete specifische Behandlung vermag diese Erscheinungen zu beseitigen und eine dauernde Heilung herbeizuführen.

Paul Oppler (Breslau).

d'Aulnay, Richard. Formes cliniques de la syphilis conceptionelle. Echo Médical de Lyon, 15 août 1896. Ref. in l'Indépendance médicale 26 aout 1896.

Aulnay vergleicht die conceptionelle Syphilis mit der hereditären als einer Syphilis d'emblée. Demgemäss stellt er von ihr drei Formen auf: 1. Die conceptionelle Syphilis praecox. 2. Die latente conceptionelle Syphilis. 3. Die tardive conceptionelle Syphilis, und entwickelt in kurzen Zügen die klinischen Krankheitsbilder dieser Formen, deren Einzelheiten im Original nachzusehen sind. Doyé (Breslau).

Barasch, Albert. Influence dystrophique de l'hérédité syphilitique Nr. 512. (Soc. d'édit. scient.) Thèse de la faculté de Paris, en juillet 1896. Ref. in Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie Nr. 68. 23 août. 1896.

Barasch macht in seiner Arbeit wieder darauf aufmerksam, dass die hereditäre Syphilis sich nicht allein durch rein syphilitische Läsionen zu documentiren braucht, sondern fast noch häufiger in tiefgehenden Ernährungsstörungen besteht, „dystrophischer Einfluss". So führt Syphilis zu Abort, Frühgeburten und Lebensschwäche der Kinder, Entwickelungs-



hemmung mancher Organe (Hoden, Eierstöcke, Gehirn: Blödsinn und Idiotie). In anderen Fällen dokumentirt sich die hereditäre Syphilis durch Missbildungen: Zähne, Nase, Augen, Hasenscharte, Wasserkopf, Klumpfuss u. s. w. Diese dystrophischen Erscheinungen könnten nach B. verglichen werden mit analogen dystr. Erscheinungen wie sie experimentell bei Thieren durch Injection von verschiedenen Toxinen erzeugt werden.

Spiegelhauer (Breslau).

Barbe. Syphilide pustuleuse chez un hérédo-syphilitique. La France médicale et Paris medical Nr. 38. 1896.

Ein siebzehn Monate alter Pflegling hatte nach Angabe der Mutter seit sieben Monaten einen Ausschlag auf den Nates und einen chronischen Schnupfen. Es handelte sich um einen gruppirten Ausschlag in der Gegend, wo mit Vorliebe pustulöse Efflorescenzen zu sitzen pflegen. Die einzelnen Efflorescenzen waren von der Grösse einer Linse, abgeflacht, von gelblicher Farbe. Der Ausschlag hätte — besonders Abends — für pruriginös gehalten werden können. Zwischen den Pusteln sah man verwaschene Flecke, welche wahrscheinlich von abgeheilten Pusteln herrührten. Ausserdem fanden sich auf der Rückseite des rechten Vorderarmes einige grössere Pusteln mit dünkleren Krusten als an den Nates; ferner eine einzelne Pustel auf der linken Wange. Nichts an den Genitalien, am Anus, am und im Munde, am Pharynx. Man hätte nach Barbe an alles Mögliche denken können, wenn nicht ausserdem chronische Coryza, typische Deformität der Nase und Hutchinson'sche Zähne vorhanden gewesen wären.

Spiegelhauer (Breslau).

Bézy. L'hydrocéphalie hérédo-syphilitique. La Médecine moderne Nr. 98. 1896.

Bézy fordert, dass man bei allen Fällen von Hydrocephalus eine specifische Cur einleitet; wenn ferner der Hydrocephalus hereditärsyphilitischer Kinder auch keine specifischen Läsionen zeigt, so gehört er doch sicher in die Classe der parasyphilitischen Affectionen.

G. Zuelzer (Breslau).

Biélincin. Contribution à l'étude de la syphilis postconceptionelle. Thèse de Paris. Nr. 282. Avril 1896. Ref. in Gazette hebdomad. de méd. et de chir. Nr. 54. 1896.

Am häufigsten erfolgt — nach Biélincin — bei postconceptionelier Syphilis Abort, wenn die Infection der Mutter in die ersten fünf Monate der Schwangerschaft fällt. Der Fötus kann in jeder Epoche der Gravidität luetisch inficirt werden, doch scheint im neunten Monat der Fötus durch die von der Mutter eben acquirirte Syphilis nicht mehr gefährdet zu werden. Der Fötus kann auch der Lues der Mutter entgehen, wenn sich letztere bereits im vierten Monate (oder später) inficirte. Bietet ein von einer intra graviditatem luetisch gewordenen Mutter geborenes Kind keine wahrnehmbaren Zeichen von Syphilis, so soll es von seiner Mutter nicht gestillt werden.

Ferdinand Epstein (Breslau).



Bosse. Ueber die interstitielle Keratitis hereditär-luetischer Natur und ihren Zusammenhang mit Gelenkaffection. Inaug. Dissertation. Arch. f. Kinderheilkunde Bd. XX. 2. 3.

Unter 46 Fällen von interstitiellen Keratitiden hereditär-syphilitischer Herkunft hat Bosse siebzenmal Gelenkaffectionen nachweisen können (also in 37%, der Fälle). Wenn auch Bosse zugibt, dass tuberculöse Keratitiden zur Beobachtung kommen, die mit Arthritiden ebenfalls tuberculöser Natur sich vergesellschaften, so legt er doch einen bedeutenden Werth auf das gleichzeitige Vorkommen dieser beiden Erkrankungen an demselben Individuum zur Sicherung der Diagnose der hereditär-syphilitischen Gelenkerkrankungen. Nur in 5 Fällen coincidirte die Arthritis mit der Hornhautaffection; in den übrigen Fällen war die Gelenkerkrankung beim Auftreten der Keratitis entweder schon längst ausgeheilt, oder folgte kürzere oder längere Zeit (in einem Falle zwölf Jahre ?!) nach Heilung der Keratitis. In zwei Fällen recidivirten Keratitis und Arthritis in unregelmässiger Weise. Nach B. sind die Kniegelenke am häufigsten ergriffen. Die Gelenkerkrankung kann eine einfache Synovitis darstellen oder mit seröser (seltener eitriger) Exsudation im Gelenk auftreten; der Process zeichnet sich durch geringere Schmerzhaftigkeit als die anderen rheumatischen Formen aus, und reagirt nicht auf Salicyl, wohl aber prompt auf Jodkali. Fussend auf der Förster-schen Beobachtung, dass der Gelenkknorpel mit der Cornea nicht nur histologisch (keine Gefässe) sondern auch chemisch (beide liefern beim kochen Chondrin) verwandt sei, fasst B. beide Erkrankungen als analoge Affectionen, bedingt durch die Noxe der Lues auf und glaubt, dass bei beiden die Ausscheidung von Fibrin das wesentliche pathologisch-anatomische Substrat darstellt. Ferdinand Epstein (Breslau).

Canstein, Carl. Ueber Lues hereditaria mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von Epiphysen-Lösung am unteren Humerus-Ende. Inaug.-Diss. Greifswald 1895.

Nach einer Uebersicht über die verschiedenen Symptome der Lues hered. beschreibt Canstein besonders ausführlich den patholog.-anatom. Befund eines der sichersten und fast constant anzutreffenden Zeichen der Erkrankung an der Uebergangsstelle des Diaphysen-Knochens in den Knorpel der Epiphyse. Von dem Endstadium dieser Affection, der vollständigen Trennung von Diaphyse und Epiphyse und dadurch hervorgerufener Pseudarthrose beschreibt Verf. einen Fall bei einer 23jährigen Arbeiterfrau mit allen typischen Symptomen der Lues hered. tarda.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Chevallereau, A. De la kératite hérédo-syphilitique tardive. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895 p. 544.

Die zuerst angeführten drei Patienten Chevallereau's mit hereditärer interstitieller diffuser Keratitis standen bei Ausbruch der Krankheit in dem relativ hohen Alter von 20, 29 und 34 Jahren. Verf. macht nun darauf aufmerksam, wie trotz energischer antisyphilitischer Behandlung die Prognose quoad restitutionem mit dem steigenden Alter sich progressiv



verschlechtere, da die 34jährige Patientin trotz 2monatlicher Behandlung fast gar keine Besserung zeige, während der 29jährige Patient ziemlich, das 20jährige Mädchen fast ganz (allerdings auch mit einigen Hornhauttrübungen) wieder hergestellt sei. Um den Unterschied in der Prognose zu demonstriren, berichtet Verf. über eine vierte Patientin mit interstitieller diffuser Keratitis nach acquirirter Lues, die nach Hg-Behandlung völlig ausgeheilt wurde. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Cioffari. La sifilide e l'ereditarietà nervosa nella etiologia della tabe dorsale. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche Nr. 131. 1896.

Nach einem kritischen Gesammtüberblick über den heutigen Stand der Frage des ätiologischen Zusammenhanges der Tabes dorsalis mit der Lues und der nervösen Heredität, und nach einer Besprechung der verschiedenen Arten, wie die Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes aufgefasst werden können, kommt Cioffari zu folgenden Schlüssen: die Syphilis scheint eine grosse Rolle bei der Aetiologie der Tabes zu spielen; doch kann man in der Regel nicht von einem directen, sondern nur von einem praedisponirenden Einfluss sprechen. Vielleicht ist in gewissen — aber sicher sehr seltenen — Fällen die Lues die directe Ursache der Tabes; solche Fälle müssen jedoch gewissenhaft in ihren Einzelheiten studirt werden. Besonders leicht erkranken Syphilitiker an Tabes, wenn ihre Nerven in Folge hereditärer Veranlagung, Alkoholismus oder anderer schädigender Einflüsse des modernen Lebens, in Folge von Angst, Sorge, Schmerzen etc. sich in einem zerrütteten Zustande befinden.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Dubousquet-Labordie. Trois observations de syphilis héréditaire tardive. La Médicine moderne Nr. 85. 1896.

Dubousquet-Labordie. 1. Fall betrifft einen 8jährigen Knaben mit Lungenphthise im Endstadium, typische Zahnveränderung. 2. Fall bei einem 19jährigen Mann mit Nervenstörungen (Rückenmark) und 3. dessen 18jähriger Bruder mit retro-bulbärer Neuritis. Vater war sicher luetisch. — Heilung auf combinirte Therapie. X.

Fisichella. Un caso di sifilide ereditaria tardiva. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 25 ottobre 1896.

Im Anschluss an einen Fall von Syphilis hereditaria tarda bei einer 22jährigen Bauersfrau (Hutchinson'sche Trias und zahlreiche meist exulcerirte Hautgummata und tubero-serpiginöse Geschwüre am ganzen Körper) bespricht Fisichella die Pathogenese und die Theorien der Uebertragung dieser Krankheit und die Differentialdiagnose der Hautaffection mit Lupus. Therapeutisch wurde ausser Calomelinjectionen und Jodkali (per os) die Durante'sche Jodsolution subcutan angewendet, und schnell ein gutes Resultat erzielt.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Fortin, M. Eugène. Valeur diagnostique des malformations dentaires observées chez les hérédo-syphilitiques.



Thèse de la Faculté de Paris Nr. 537. Gazette hebdomadaire de med. et chir. 1896. Nr. 49.

Nach Fortin sind primäre und secundäre Zahnalterationen bei hereditärer Lues zu unterscheiden. 1. Die Primären: spätes Erscheinen der Zähne, Erosionen, Microdentismus, Amorphismus, unregelmässiger Wuchs. 2. Die Secundären: Farbenveränderung, vorzeitige Abnutzung, Zahncaries, Stomatitis, vorzeitiger Zahnverlust. Diese Zahnalterationen sind Folge einer allgemeinen Ernährungsstörung und können im einzelnen Fall als pathognomonisches Zeichen nicht verwerthet werden, da sie auch bei scrophulösen, an Enteritis chronica oder Krämpfen leidenden Kindern vorkommen. Die sogen. Hutchinson'schen Zähne (halbmondförmige Erosionen der oberen Incision) kommen nur sehr selten bei nicht syphilitischen (scrophulösen) Individuen vor und sind für hereditäre Lues fast pathognomonisch. — In jedem zweifelhaften Falle, also bei gleichzeitigem Bestehen dieser Missbildung der Zähne, müsste man bei der Therapie diesen Punkt in Erwägung ziehen. v. Sachs (Breslau).

Fournier. Dans quelles conditions convient-il d'accorder ou de refuser une nourrice à l'enfant d'un père syphilitique? Presse méd. 14 nov. Ref. in la médecine moderne Nr. 94. 1896.

Nach Fournier muss man die Frage: darf man für das Kind eines syphilitischen Vaters eine Amme gestatten — von Fall zu Fall entscheiden. Handelt es sich z. B. um das Kind eines Mannes, der 10 Jahre vorher die Syphilis acquirirt, bei dem die Syphilis leicht und mit wenig Attaquen verlaufen, und bei dem sich überhaupt seit 8—9 Jahren nichts wieder von Lues gezeigt hat, so darf diesem Kind — vorausgesetzt, dass der Vater sich dennoch hat methodisch (Fournier-Neisser), energisch und lange Zeit behandeln lassen, eine Amme gestattet werden. Liegen die gegentheiligen Verhältnisse vor, so ist ein striktes „Nein“ am Platze. Auch in dem Falle, dass die Lues ca. drei Jahre zurückliegt, dass sie weder leicht noch schwer war, dass sie ihre letzten Symptome vor ungefähr einem Jahre gemacht, dass der Patient zwar anfangs energisch, später aber nur „wenn sich was zeigte“ behandelt wurde, ist die Amme durchaus zu verbieten. Theodor Spiegelhauer (Breslau).

Garel. Syphilis héréditaire simulant des végétations adénoides. Soc. franc. d'otologie et de laryngologie. Session du mai 1896. Ref. in La semaine médicale 1896 Nr. 23.

An der Hand zweier Fälle, in denen tertiäre (hereditäre) Syphilis des Naso-pharynx adenoide Vegetationen vorgetäuscht, und in einem Falle schon zur Operation verleitet hatte (NB. bei beiden Patienten trat im weiteren Verlaufe Perforation des weichen Gaumens ein und stellte die Diagnose klar), hebt Garel die rapide Wirkung des Jodkali bei diesen Affectionen hervor und mahnt zur Vorsicht bei der Diagnose.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Grancher, M. De l'hérédo-syphilis tardive. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895, p. 269.



Nach einer einleitenden Besprechung der Schwierigkeit der Diagnose, der häufig sehr ungünstigen Prognose und der Therapie der hereditären Lues demonstrirt Grancher zwei von dieser Krankheit befallene Kinder. Das eine, ein zwölfjähriges Mädchen, ist seit langer Zeit krank und zeigt ausser Keratitis, einer sehr hochgradigen Schwellung der Milz und Leber an vielen Theilen des Skelets Knochengummata; die eingeleitete Therapie ist bisher erfolglos gewesen und die Prognose infaust. Das zweite Kind weist nur Schwellungen der Nasenknochen und die Residuen einer alten Keratitis auf einem Auge auf; auch bei diesem ist die Therapie bisher erfolglos geblieben.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Harding, George F. A Case of Syphilis in mother and child with unusual history. Boston medical and Surgocal Journal. July 23, 1896.

Harding beschreibt einen Fall von nachträglicher Syphilisinfection des gesund geborenen Kindes einer während der Schwangerschaft syphilitisch gewordenen Frau. Im October 1890 heiratete die bis dahin gesunde Frau. Im Januar 1891 bemerkte sie an ihrem Manne einen Hautausschlag, und der Mann gestand, dass er vor kurzem (aber nach der Hochzeit) sich auf einer Reise syphilitisch inficirt habe. Zwei Monate darauf (etwa im zweiten Monat der Schwangerschaft) hatte sie eine Angina und einen vom Arzt als syphilitisch bezeichneten und mit Pillen behandelten Ausschlag. Ende October kam sie mit einem gesunden Kinde nieder, welches sie an der Brust nährte und welches während dieser Zeit kein Anzeichen von Syphilis bot. Im Sommer 1894 bekam sie wieder einen Ausschlag, dessen Efflorescenzen zum Theil eiterten. Sie schlief damals mit ihrem Kinde in einem Bett. Nicht lange nachher zeigte sich am rechten Arm des Kindes, wo dasselbe durch einen Nadelriss eine kleine Verletzung gehabt hatte, eine wunde Stelle, die langsam heilte. Binnen Kurzem schwollen die Lymphdrüsen am rechten Arm an. Fünf Wochen darnach bekam das Kind einen Ausschlag am Körper und bald darauf nässende Papeln am Anus, an der Vulva und Plaques an der Mundschleimhaut. Mit diesen und mit Pigmentflecken und allgemeiner Lymphdrüsenschwellung (bes. an der Ellenbeuge und der Achsel rechts) kam das Kind in Behandlung.

Verfasser meint, dass vielleicht die rechtzeitige Behandlung der Mutter das Kind vor einer Infection im Uterus und im Beginn des extrauterinen Lebens geschützt habe. Felix Pinkus (Breslau).

Haushalter, M. Hydrocéphalie hérédo-syphilitique. Société de Med. de Nancy. Ref. in Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. 9 Avril 1896.

M. Haushalter demonstrirt das Gehirn eines sechs Monate alten Kindes, welches vor drei Monaten mit den Zeichen einer tuberculösen Meningitis in die Klinik aufgenommen wurde. Die anfangs zwischen 38° und 39° schwankenden Temperaturen und der anfangs sehr beschleunigte Puls gingen innerhalb sechs Tagen zur Norm zurück, während



Nackensteifigkeit und convulsivische Zuckungen in den Augen bestehen blieben. Trotzdem bei den Eltern des Kindes Lues nicht nachgewiesen werden konnte, wurde doch eine 14tägige antiluetische Cur angewendet — ohne jeden Erfolg. Fünf Wochen später traten deutliche luetische Erscheinungen an Haut und Schleimhäuten auf, welche innerhalb vierzehn Tagen auf eine erneute Luescur zurückgingen, während die nervösen Erscheinungen trotz weiterer Anwendung von Hg nicht schwanden. In der dritten Woche der antiluetischen Behandlung Exitus. Autopsie: Keine Spur von Tuberculose; in den Meningen vereinzelte leichte Trübungen; starker Hydrocephalus internus; stark entwickelte Plexus choriodei; leichte unebene Verdickung des Ependyms im Vorderhorne.

Diagnose: Hydrocephalus auf hereditär luetischer Basis.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Haushalter. Un cas de syphilis héréditaire. Société de médecine de Nancy. 27. Mai 1895. Ref. im Journal des mal. cut. et syph. 1895, p. 697.

Haushalter fand bei der Section eines dreijährigen Mädchens, das in tiefem, nur durch convulsivisches Zucken unterbrochenem Koma eingeliefert wurde, ausser einer gewöhnlichen Bronchopneumonie und einer Ostitis des Felsenbeins, Thrombosen in den Hirnarterien und eine rareficirende Ostitis der inneren Fläche des Schädeldaches; er schreibt diese Befunde einer hereditären Syphilis zu.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Hectoen. On a case of Multiple Foci of Interstitial Myocarditis in Hereditary Syphilis. The Journal of Pathology and Bacteriology. Bd. III. 1896.

Nur wenige Fälle von Herzveränderungen bei hereditärer Syphilis sind bekannt. Hectoen hat in Chiari's Institut bei einem hereditär luetischen Kinde eine interessante interstitielle Myocarditis gefunden und mikroskopisch untersucht. Es handelt sich um ein 6 Wochen altes Kind, welches im Alter von 4 Wochen mit einem maculösen Exantheme erkrankte, welches letztere sich bald in einen Pemphigus umwandelte. Dem ausführlichen Sectionsberichte (mit Abbildung) entnehmen wir Folgendes:

Die interstitiellen Veränderungen am Herzen waren so ausgeprägt und so deutlich und scharf abgegrenzt, dass man makroskopisch die Diagnose auf Gumma stellen musste. Mikroskopisch liessen sich denn auch im Centrum dieser „areae" die für Gumma charakteristischen Veränderungen feststellen.

Es handelte sich also in diesem Falle um eine noduläre oder gummöse Myocarditis.

Paul Oppler (Breslau).

Hochsinger, K. Zur Kenntniss der angeborenen Lebersyphilis der Säuglinge. Separatabdruck aus der Wiener medic. Wochenschrift. Nr. 1—6, 1896.

Hochsinger beschreibt in einer eingehenden Monographie die Ergebnisse seiner klinischen und anatomischen Untersuchungen über die



Leberaffectionen congenital-syphilitischer Säuglinge. Von 46 congenital-luetischen Säuglingen des I. Wiener öffentlichen Kinderkrankeninstitutes, die mit Lebervergrösserung behaftet waren, wurden dreissig geheilt, sechzehn starben, fünf davon wurden vom Autor selbst obducirt. In einem Falle handelte es sich um gleichzeitige tuberculöse Mischinfection der Leber. Meist fand sich gleichzeitig Vergrösserung der Milz. Die Intumescenz der Leber war meist beträchtlich — klinisch den Rippenbogen um mehrere Centimeter überschreitend — gross und hart, die Oberfläche des Organes glatt. In keinem Falle bestand Icterus oder Ascites. Der Allgemeinzustand der Säuglinge schien in vivo um so mehr betroffen, je jünger das Individuum, d. h. je früher die Lebersyphilis manifest wurde. — Fast immer bestanden gleichzeitig floride Exantheme oder cariöse Knochenerkrankungen, regelmässig Rhinitis specifica verschiedenen Grades. Therapeutisch erwies sich die Leberaffection unter allen manifesten Symptomen als das hartnäckigste, trotz dreister Gaben von Protojoduret hydrargyri (25 Milligramm pro die) oder Inunctionen mit 0.5 pro dosi. — In den nun folgenden Capiteln wird insbesondere die Differentialdiagnose einer genauen Besprechung unterzogen. Auf das Nichtvorhandensein eines Icterus wird vom Autor auf Grund der vorhandenen Literatur sowie seiner Erfahrungen der grösste Werth gelegt. — Vorhandener Icterus beruht stets auf anderen complicatorischen Erkrankungen, Septicaemie, biliärer Cirrhose der Leber oder ist auf einen Icterus physiologicus neonatorum zu beziehen. Systematische Blutuntersuchungen wurden vom Autor in den geschilderten Fällen nicht gemacht. — Der Schluss der inhaltsreichen Arbeit ist der Registrirung und Commentirung der anatomischen Befunde gewidmet. Der Häufigkeit ihres Vorkommens entsprechend geordnet lassen sich nach H. vier Gruppen von Veränderungen aufzählen:

1. Diffuse kleinzellige Infiltration des interstitiellen Bindegewebes, welche fast immer auch zwischen die Leberacini und die Leberzellenbalken vordringt. Entzündliche Veränderungen auch an den kleinen Leberarterien im erkrankten Bindegewebe. Die Leber ist hier makroskopisch anscheinend normal.

2. Bindegewebige Hyperplasie. Die Leber ist hier meist beträchtlich vergrössert, derber, hellgelb bis graubraun verfärbt. Die Läppchen sind meist nicht zu erkennen. Histologische Wucherung des die periportalen Blutgefässe einschneidenden Bindegewebes. Dieselbe ist entweder noch im zellreichen oder schon im zellarmen schwieligen Zustande. Häufig sind die Leberzellen fettig infiltrirt oder atrophirt, die Gefässadventitien zellig infiltrirt oder bereits schwielig verdickt ohne deutliche Abgrenzung von der Media; hie und da besteht auch Wucherung der Intima der kleinen Arterien.

3. Miliare Gummata. Makroskopisch als stecknadelkopfgrosse graugelbe Fleckchen in die Lebersubstanz eingestreut (Feuersteinleber), histologisch: dichte Anhäufung kleinzelliger Infiltrationsherde des interacinösen Bindegewebes.



4. Wahre knotenförmige Gummata. Sehr seltene Befunde.
Ullmann.

Jolly. Éruption syphilitique et paralysie infantile. Soc. méd. des hôpitaux. Sèance du 2 mai 1896. Ref. in La méd. mod. 1896, Nr. 37.

Jolly berichtet über eine Beobachtung einer generalisirten Syphiliseruption, welche einen Kranken betraf, der vorher eine spinale Kinderlähmung durchgemacht hatte. Das atrophische rechte Bein blieb frei von der Eruption. Ferdinand Epstein (Breslau).

Krisowski, M. Ein Fall von symmetrischer Gangraen auf hereditär-luetischer Grundlage. Jahrb. f. Kinderh. XL, S. 56 ff.

Bei einem von Krisowski beobachteten zweijährigen, hereditär-luetischen Kinde entwickelte sich nach längerem Aufenthalt in kalter Winterluft ganz plötzlich Gangraen an symmetrischen Partien beider Ohrmuscheln. Auf eingeleitetes antiluetisches Verfahren heilte der Process ohne Recidive ab. Verfasser supponirt zur Erklärung des Processes eine Endarteriitis luetica, welches Moment in Verbindung mit dem Kältereiz nach Ansicht K.'s die locale Syncope und Asphyxie im Sinne Raynaud's an den erwähnten Stellen erzeugt haben soll. K. anerkennt nur jene Fälle von symmetrischer Gangraen als Angioneurose im Sinne Raynaud's, bei welchen durch die Untersuchung jedwede constitutionelle Erkrankung (Lues), sowie jede Erkrankung des Circulations- und Nervenapparates (Nephritis, Syringomyelie, periphere Neuritis etc.) auszuschliessen ist. Hochsinger (Wien).

Krisowski, M. Ueber ein bisher wenig beachtetes Symtom der hereditären Lues. Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 41.

Krisowski bespricht einen Fall von hereditärer Lues bei einem 17jährigen Sattlergesellen. Ausser einer typischen Sattelnase zeigte derselbe von manifesten Erscheinungen ein circinäres Syphilid in der rechten Nasolabialfalte. Die Diagnose auf eine hereditäre Form wurde zunächst gestellt durch Narbenstränge am harten Gaumen und Verwachsung desselben mit der hinteren Rachenwand. Jedoch als besonders charakteristisch und geradezu pathognostisch für hereditäre Syphilis werden angegeben zahlreiche lineäre, radiär gestellte Hautnarben, welche von allen Seiten der Mundöffnung zustrahlen und sich auf die Lippenschleimhaut fortsetzen. In Deutschland sei dieses Symptom in seiner Wichtigkeit besonders von **Max** Joseph hervorgehoben worden, nicht nur zur Sicherstellung der hereditären Lues im allgemeinen, sondern speciell auch von Früherscheinungen derselben. Denn die Narben gummöser Processe seien stets flächenhaft, strahlig und zusammenhängend. Als Ursache für die lineären Narben werden die unvermeidlichen Mundbewegungen angeführt, welche die ursprünglich vorhandenen Papeln, bezw. Rhagaden fortgesetzt zerren und so die Einrisse vertiefen. Verf. betont zugleich, dass bei scrophulösen Kinderekzemen zwar ähnlich wie bei Lues Rha-



gaden der Mundpartie, jedoch entsprechend dem patholog.-anatomischen Vorgang beim Ekzem, niemals Narben entstehen können.

Hugo Müller (Frankfurt a. M.).

Labbé. Syphilis héréditaire. Soc. anatom. Séance du 24 juillet 1896. Ref. in Gaz. hebdom. de méd. et de chir. Nr. 61. 1896.

Labbé demonstrirt die Femurknochenpräparate eines Kindes, welches intra vitam die Zeichen einer Pseudo-paralyse der unteren Extremitäten und erhebliche knöcherne Vorsprünge in den regiones trochantericae dargeboten hatte. Die Section zeigte, dass es sich um hereditäre Lues gehandelt habe, welche zur Bildung voluminöser Exostosen, zur Verbreiterung der Epiphysenlinien, zur Verfärbung des Knochenmarkes und zur Osteophytenauflagerung rund um die Frenurdiaphyse geführt hatte. Ferdinand Epstein (Breslau).

Laugier, M. Lésions syphilitiques du cordon ombilical. Soc. obstétricale et gynécol. de Paris Séance de 17 Mars 1896. Ref. in Gazette hebdomad. de méd. et de chir. 9 avil 1896.

Nach einem Ueberblick über die Casuistik der syphilitischen Nabelschnurerkrankungen gibt Laugier folgende Beschreibung dieser Affectionen: makroskopisch: Verhärtung des Nabelstranges, Verdickung der Gefässwände, Stenosirung der Nabelgefässe, sehr selten Einschmelzung der Wharton'schen Sulze; mikroskopisch: stets Endarteriitis, seltener Periarteriitis, sehr selten Erkrankungen des Amnios.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Levy-Dorn, H. Demonstration eines an Lues cerebri hereditaria Leidenden. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Sitzung vom 8. Mai 1895. Centralblatt f. Nervenheilk. u. Psych. 1896. p. 324.

Der von Levy-Dorn demonstrirte Patient, ein 30jähriger Mann, leidet an Schwäche im rechten Arm, Schwerfälligkeit im Denken und Sprechen, ohne dass jedoch Silbenstolpern zu constatiren ist, und weist Herabhängen des rechten Mundwinkels auf. Beginn des Leidens vor ca. zwei Jahren, nachdem bereits vor neun Jahren eine mit Mercur und Atropin behandelte Augenaffection aufgetreten war. L. glaubt progressive Paralyse ausschliessen zu können und leitet die Monoparesis faciobrachialis sowie die psychischen Störungen von luetischen, diffusen Processen in der Gehirnrinde her. Da weder anamnestisch noch objectiv eine acquirirte Lues nachweisbar ist; da andererseits der Vater vor der Verheiratung luetisch gewesen war und die Mutter inficirt hatte, so glaubt L. trotz der langen Latenz die Affection als Lues heredit. cerebralis tarda bezeichnen zu können, meint jedoch selbst, „Zweifler werden immer einwenden können, dass Pat. die Lues unmerklich erworben hat.“

Münchheimer (Kolberg).



Varia.

VIIIme Section du XIIme Congrès international de médecine à Moscou du 7 (19) au 14 (26) Août 1897. Ausser den von dem Organisations-Comité aufgestellten Verhandlungsgegenständen, die wir schon mitgetheilt haben, sind noch folgende Vorträge angemeldet worden: Neumann (Wien). 1. Weitere Beobachtungen über Pemphigus vegetans und die Lepra. 2. Zur Kenntniss einzelner Formen von Hautatrophien. — Hallopeau (Paris). Les toxines en dermatologie. — O. Petersen (St.-Pétersbourg). Les formes initiales de la lèpre. — A. Grünfeld (Rostow am Don). Die Lepra im Gebiete der Don'schen Kosaken. (Nebst Demonstration von Kranken und Photographien.) — Gorodnowsky (Wladikaucase). De la lèpre dans la province de Térsk. — A. Pospèlow (Moscou). L'arthrite de la peau. — Barthélemy (Paris). Diabétide génitale chez l'homme; exposition d'un des modes de début du processus. 2. Accidents cutanés produits par les rayons X de Röntgen. (En collaboration avec Dr. Oudin.) — Heuss (Zürich). Ueber Anwendung des Xeroform bei Hauterkrankungen und Verbrennungen. — Oudin (Paris). Effets thérapeutiques des courants à haute fréquence sur les lesions de la peau et des muqueuses. — Nicolsky (Kiew). 1. Revue de l'activité scientifique du Dr. Stoukovenkof (Mort le $^2/_{14}$ Mars 1897) et de sa clinique. 2. Contribution à l'étude des anomalies congénitales de kératinisation. 3. Sur la pathogénie d'atrophie cutanée. — Lindstrem (Kiew). Contribution à l'étude de l'étiologie du lichen ruber. — Semenow (Kiew). Ueber zehn Fälle von Sarcoma pigmentosum Kaposi. — G. Sophiantini (Milan). Nouvelle contribution à l'étude du tissu élastique dans les néoplasies fibreuses de la peau. — Galewsky (Dresden). Ueber Atrophia maculosa cutis (Anesodermia Jadassohn). — E. Lier (Mexiko). Mal de Pinto. — Janowsky (Prag). Weitere Beiträge zur Endoscopie der weiblichen Urethra. — Jullien (Paris). Nouvelle contribution à l'ulcération blennorrhagique. — de Christmas (Paris). Le gonocoque et sa toxine, sérum antitoxique. — Likhatchew und Dr. Orlow (Moscou). Zur Statistik der Localisation der Gonorrhoe bei Prostituirten. — Rille (Wien). Zur Pathogenese des venerischen Geschwürs. — Barthélemy (Paris). 1. De quelques anomalies du chancre syphilitique. 2. Traitement précoce de la syphilis par le mercure. — Düring (Constantinople). Les particularités de la syphilis en Anatolie. — W. Tarnowsky et S. Jakowleff (St.-Pétersbourg). Traitement de la syphilis par le sérum d'animaux mercurialisés. — T. Pawloff (St.-Pétersbourg). De la leucodermie syphilitique. — G. Herzenstein (St.-Pétersbourg). Die Grundzüge der Syphilis beim russischen Volk. — G. Behrend, (Berlin). Prostitution; öffentliche Gesundheitspflege und die abolutionistischen Bestrebungen der Sittlichkeitsvereine. — Stürmer (St.-Petersbourg). La réglementation et l'état sanitaire de la prostitution en Russie. — Fiweisky (Moscou). Die primäre syphilitische Affection bei Prostituirten. — Sérébriakow (Moscou). Les maladies vénériennes chez les prostituées clandestines du Moscou.

Annales de Dermatologie. Durch das tragische Geschick, welches Herrn Henri Feulard ereilte, ist das Secretariat der Redaction der Annalen erledigt worden. Das „Comité de Direction des Annales“ hat die Functionen des Secretariats Herrn G. Thibierge, Médecin de l'hôpital de la Pitié, übertragen und damit eine sehr glückliche Wahl getroffen. Herr Dr. Thibierge verständigt uns, dass er die Geschäfte der Redaction der Annalen bereits angetreten hat. F. J. Pick.

Originalabhandlungen.



Aus der syphilitischen Abtheilung des Prof. Dr. Zarewicz im St. Lazarus-Hospital zu Krakau.

Ueber Haemolum hydrargyro-jodatum in der Therapie der Syphilis.

Von

Dr. **Franz Krzyształowicz,**
Secundararzt I. Cl.

Schon in den medicinischen Schriften des Alterthums finden wir Erwähnungen vom Quecksilber, das in Salben als Mittel gegen verschiedene Hautaffectionen sehr gerühmt wird, daher wurde es auch während des epidemischen Auftretens der Syphilis im Mittelalter benützt. Doch war der Sieg des Quecksilbers weder damals, noch in späterer Zeit so allgemein wie heute, und die Geschichte der Anwendung dieses Mittels weist vielfache Schwankungen auf, bis es sich endlich den Vorrang vor allen anderen — meist pflanzlichen — Mitteln in der Therapie der Syphilis erwarb.

Innerlich wurde das Quecksilber anfangs gar nicht verabreicht. Die ersten Autoren, welche diese Art der Anwendung loben und empfehlen, sind: Theophrastus Paracelsus (1493—1541), der zu diesem Zwecke Sublimat, schwefelsaures Quecksilberoxydul (turpethum minerale) und rothes Quecksilberoxyd benützte, und Peter Andreas Mattioli (1500—1577), welcher das letztgenannte Mittel in Pillen gab.

In neuerer Zeit legen wir mehr Gewicht auf die Art der Einführung des Quecksilbers in den Organismus.

Wir wissen, dass das Quecksilber unter gleichen Bedingungen immer die gleiche Wirkung ausübt, ungeachtet dessen, auf welchem Wege und in welcher Form es in den Organismus gelangt, und seine Heilkraft hängt nur davon ab, ob es bezüglich seiner physiologischen Wirkung dem Organismus



schneller oder langsamer einverleibt wird. Die Stärke der Wirkung liefert uns jedoch keinen Beweis dafür, dass dieselbe nach Einführung grösserer Mengen des Mittels länger anhält oder dem Auftreten späterer Erscheinungen eher vorbeugt, als kleinere Gaben, welche längere Zeit verabreicht wurden.

Gleich wie die syphilitischen Erscheinungen, deren Heilung gewöhnlich längere Zeit in Anspruch nimmt, sehr schnell abnehmen, wenn bei dem mit Syphilis behafteten Kranken eine acute Infectionskrankheit, wie Erysipel, Scharlach, Typhus u. drgl. auftritt, ebenso rufen wir die gleiche Wirkung hervor, wenn wir in den Organismus plötzlich eine grössere Menge Quecksilber einführen, ohne auf die eventuelle Vergiftung Rücksicht zu nehmen. In beiden Fällen aber treten früher oder später Recidiven auf, so dass die Annahme einer Abschwächung der Infection unzulässig ist.

Dafür scheint zuletzt auch die allbekannte Eigenschaft der Syphilis zu sprechen, dass sie in den ersten Jahren, ungeachtet dessen, ob sie behandelt wurde oder nicht, in mehr oder minder starken Formen recidivirt und nur selten kommt es vor, dass die Syphilis nicht zurückkehrt. Doch können wir nie die Sicherheit haben ob und wann die Krankheit erlischt und ob sie nicht wieder — wenn auch nach Jahren — auftreten wird. Dafür habe ich in den seit einigen zwanzig Jahren in unserer Abtheilung sehr genau geführten Krankengeschichten genügende Beweise.

Der gewissenhafte Arzt eröffnet die mercurielle Behandlung mit Vorsicht und Ueberlegung. Zuerst trachtet er den Organismus, dem er Quecksilber einverleiben will, dazu vorzubereiten und regelt die Lebensweise des zu behandelnden Kranken je nach der vorzunehmenden Cur, indem er seinen Allgemeinzustand berücksichtigt. Und da es sehr viele Factoren gibt, denen der Arzt bei der Wahl der Behandlungsweise Aufmerksamkeit schenken muss, soll er sie alle genau in Anbetracht nehmen, denn das leichtfertige Schreiten an die Lösung des Problems, das die Behandlung der Geschlechtskrankheiten bietet, ist ein Beweis entweder der Naivität oder der Unwissenheit, wenn nicht gar des Scharlatanismus.

Die jetzt meistens üblichen Methoden, Quecksilber in den



Organismus einzuführen, sind: Frictionen (Schmiercur), innerliche Anwendung, subcutane und parenchymatöse Injectionen. Die Wahl der einen oder der anderen Methode hängt einerseits von dem Zustande des Organismus und seinen individuellen Verhältnissen, anderseits von der Form und Stärke der Krankheit, wie auch von der dem Kranken drohenden Gefahr ab.

Die Beurtheilung der erwähnten Verfahren liegt ausser dem Bereiche dieser Arbeit; ich möchte jedoch — bevor ich an die Besprechung des im Titel angegebenen Präparates schreite — einen kurzen Umriss der Behandlungsweise der Syphilis in der Abtheilung des Prof. Dr. Zarewicz angeben.

Frisch auftretende Geschwüre, die nicht gross und dem Messer zugänglich sind, exstirpiren wir; ebenso geschwellte Lymphdrüsen. Diese Fälle sind aber sehr selten, denn die Spitalskranken sind meistens Leute, die sich aus Unwissenheit oder Zeitmangel um ihre Krankheit wenig bekümmern und sich gewöhnlich erst mit entwickelten oder gar vernachlässigten Primäraffecten melden.

Bei den Initialsclerosen verabreichen wir nie Quecksilber, sondern wenden eine Localbehandlung an, indem wir wiederholte Waschungen mit 1$^0/_{00}$ Sublimatlösung empfehlen und nach Vernarbung des Geschwüres Mercurialpflaster auflegen.

Die allgemeine Mercurialbehandlung wenden wir nur in Ausnahmsfällen an, und zwar dann, wenn das Geschwür gross und stark indurirt ist und die Localbehandlung die Heilung verzögern würde. In solchen Fällen verschreiben wir gerne kleine Gaben Quecksilber in Form von Pillen aus Sublimat oder Hydrg. tannic. oxydulatum.

Während dessen wirken wir tonisirend auf den Allgemeinzustand des Kranken ein und bereiten den Organismus zur Aufnahme des Quecksilbers vor, um ihn vor dessen schädlicher Wirkung zu schützen, wodurch wir eventuelle Unterbrechungen der Behandlung vermeiden.

Wir empfehlen also dem Kranken eine entsprechende diätetische und hygienisch geregelte Lebensweise, um ihn zu stärken: wir heben seinen Allgemeinzustand durch richtige Kost, wiederholte Bäder, mässige Bewegung in frischer Luft, Enthaltsamkeit von körperlichen und geistigen Anstrengungen.



Zugleich trachten wir die Schleimhäute seiner Mundhöhle zu stärken, indem wir ihm Waschungen derselben mit Chlorkalilösung oder ähnlichen Mitteln verordnen, die verdorbenen Zähne entfernen, oder in besseren Zustand versetzen; zugleich reichen wir dem Kranken einige Tage vor Beginn der Cur mild abführende Mittel dar, z. B. Ricinusöl, Cascara Sagrada u. dgl., weil Kothstauungen bei der mercuriellen Behandlung oft Darmkatarrhe hervorrufen. Mineralsalze sind nicht angezeigt.

Mit der Mercurialbehandlung beginnen wir aber nicht eher, bis die Allgemeinerscheinungen hervortreten und bis das Eruptionsstadium schon gänzlich beendigt ist. Wir kamen nämlich auf Grund unseres überaus reichen Materials, das einer gründlichen Kritik unterworfen wurde, zu der Ueberzeugung, dass eine vorzeitige Anwendung des Quecksilbers nicht den geringsten Nutzen bringt. Obwohl es theoretisch rathsam scheinen würde, gleich anfangs dem Organismus ein so prompt wirkendes Mittel, wie das Quecksilber ist, zuzuführen, da doch das syphilitische Gift in demselben schon zur Zeit der Initialsclerose kreist, dennoch lehrt uns die tägliche Erfahrung, dass das vorzeitige Darreichen von Mercurialpräparaten nur wenig auf die Verminderung der nachfolgenden Symptome einwirkt, und im Vergleiche zu den Nachtheilen, die mit demselben verbunden sind, bildet diese Verminderung oder ein Aufschub der secundären Erscheinungen nur einen sehr geringen Erfolg.

Bekanntlich ruft das Quecksilber eine Hyperämie der Mundschleimhaut hervor, welche dadurch für die specifischen Syphiliserkrankungen empfänglicher wird, die aber wieder durch ihre Localisation auf den Kranken einen deprimirenden Einfluss üben und die Uebertragung der Infection auf andere Personen sehr erleichtern. Dazu gesellt sich noch, dass das voreilige Verabreichen des Quecksilbers erfahrungsgemäss auch bei späteren Recidiven die Mundschleimhaut für specifische syphilitische Veränderungen prädisponirt, so dass Condylomata oris das vorwiegende und sehr lästige Symptom der späteren Recidiven bilden.

Noch ein wichtiger Grund, warum wir das Quecksilber während des Primäraffectes vermeiden, liegt darin, dass wir



die allgemeinen Syphiliserscheinungen als eine Reaction des Organismus auf das in ihm kreisende Gift anzunehmen gezwungen sind, welche uns nicht nur den Zeitpunkt, in welchem wir mit bestem Erfolge die mercurielle Behandlung anwenden können, sondern auch die Stärke der Infection angeben und damit uns gleichzeitig über die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen die Infection belehren. Durch frühzeitige Anwendung des Quecksilbers gewöhnen wir den Organismus an das Mittel, ohne dadurch einen nennenswerthen Nutzen zu erzielen.

Ohne das Quecksilber zu fürchten, vermeiden wir jedoch dessen Anwendung, wo es nicht nothwendig ist, denn die Erfahrung lehrt, dass die einmalige oder wiederholte und sogar ergiebige Anwendung desselben uns keine Sicherheit bieten kann, dass die Syphilis geheilt ist. Aus demselben Grunde bedient sich mein Chef, Prof. Dr. Zarewicz — wie er sich in seinen Vorträgen öfters geäussert hat — auch in seiner Privatpraxis der Fournier'schen, als einer zwecklosen Methode nicht mehr.

Da wir also einerseits keine Gewissheit haben, die Syphilis selbst mit hohen Dosen von Quecksilber zu heilen und im Gegentheil auf Recidiven immer gefasst sein müssen, deren Stärke und Localisation meistens unberechenbar ist, anderseits aber die erwähnte Angewöhnung des Organismus berücksichtigen müssen, individualisiren wir jeden Fall und wenden je nach der Stärke der Krankheit die entsprechende Behandlungsweise an.

Das Krankheitsbild während des Stadiums der Allgemeinerkrankung kann sich so verschiedenartig gestalten, dass es unmöglich ist, im Kurzen die Behandlungsmethoden der einzelnen Fälle anzugeben, da diese ebenso veränderlich sind, wie die Combinationen der Krankheitserscheinungen und die Natur des Individuums.

Da ich nicht die Absicht habe, über die Therapie der Syphilis im Allgemeinen zu schreiben, will ich nur bemerken, dass wir in leichteren Fällen Quecksilber in kleinen Gaben innerlich oder mittels einer der bekannten Methoden verab-



reichen und nur in schwereren Fällen dem Organismus grössere Dosen verabreichen.

Bei maligner Syphilis ebenso wie bei leichten Recidiven, die ohne mercurielle Behandlung schwinden, lassen wir das Quecksilber gänzlich aus.

In leichten Fällen, wo wir mit Rücksicht auf die anatomischen Formen einzelner Efflorescenzen guten Erfolg erwarten können, verabreichen wir mit Vorliebe Präparate, die dem Verdauungsapparate zuträglich sind u. zw. Hydrg. jodat. flav., Hydrg. tannic. oxydul. oder kleine Gaben Sublimat.

Bei schwereren Formen wenden wir parenchymatöse Injectionen von Mercurialpräparaten an u. zw. seit längerer Zeit eine Suspension von 0·10 Gr. pro dosi Hydrg. salicyl. in Wasser mit etwas Gummilösung.

Die Vorzüge und der Werth subcutaner und parenchymatöser Injectionen verschiedener Quecksilberpräparate sind genügend bekannt, ich erlaube mir somit an dieser Stelle nur eine kurze Bemerkung zu machen, dass wir auf tausende intramusculäre Injectionen, die in unserer grossen Abtheilung während einer Reihe von Jahren gemacht wurden, nur einen Fall mit letalem Ausgange durch acute Quecksilberintoxication zu notiren haben, der in der „deutschen med. Wochenschrift" Nr. 12, 1888 (Ein Beitrag zur Kenntniss der Wirkung des Quecksilbers auf den Darm v. H. Kraus) publicirt wurde.

Aeusserst selten kamen auch Abscesse an den Stellen der Injection vor und diese entstanden sogar nur dann, wenn die Injection von wenig geübter Hand gemacht wurde. Unabhängig davon entstanden Abscesse in 4 Fällen von subcutanen Injectionen des von Prof. Lang empfohlenen Oleum cinereum.[1])

Andere wenn auch vorübergehende mehr oder weniger bedrohliche Erscheinungen, wie Blutungen, Embolien, von denen manche Autoren Erwähnung machen, haben wir nicht zu notiren und auf Grund dieser Erfahrungen gestützt, leisten uns die subcutanen und intramusculären Injectionen von Quecksilberpräparaten sehr gute Dienste, wenn sie vorsichtig und durch

[1]) Dr. Thaddäus Mayzel: Beitrag zur Therapie der Syphilis mittels Injectionen von Oleum cinereum — Krakau — Przeglad. lekarski 1894 Nr. 18—20 (polnisch).

geübte Hände gemacht werden. Ueberhaupt geben wir in der Spitals-Praxis den erwähnten Injectionen den Vorzug vor allen anderen Methoden, schon aus dem Grunde, dass wir — indem wir die Behandlung persönlich ausüben — jederzeit zu berechnen im Stande sind, wieviel Quecksilber wir dem Organismus einverleibt haben, was bei innerer Anwendung oder bei Schmiercuren wegen Mangel an genügender Controle beim zahlreichen Krankenmateriale nicht der Fall sein kann. Beim besten Willen ist man gezwungen, die Ueberwachung der Behandlung dem Kranken selbst oder einem Krankenwärter anzuvertrauen.

Frictionen verordnen wir in Fällen, die entweder in Bezug auf die Schwere der Krankheit oder auf das von der Krankheit betroffene wichtige Organ (Auge, Larynx, innere Organe) sich drohend darstellen. In den letzten 4 Jahren haben wir in sehr vielen Fällen die Einreibungscur mit vorzüglichem Erfolge durch die von Dr. Welander empfohlenen Ueberstreichungen ersetzt.[1])

Die von Welander angegebene Methode besitzt den Vorzug vor den Frictionen, dass sie bei Absorption von grösseren Mengen Quecksilber keine Hautausschläge hervorruft, nicht anstrengend ist, dem Kranken keine Zeit raubt, gar keine Uebung seitens des Patienten erfordert und die Ueberwachung desselben viel leichter ist. Aus dem Grunde geben wir der Welander'schen Methode die Priorität vor den üblichen Einreibungen des Quecksilbers. Den Spitalskranken verabreichen wir innerlich die Mercurialpräparate nur sehr selten u. zw. nur intelligenten Patienten, wo sie, wie oben erwähnt wurde, angezeigt sind. Zu diesem Zwecke benutzen wir mit Vorliebe die vorher aufgezählten Präparate.

In allen Fällen von Syphilis legen wir sehr grosses Gewicht auf den Allgemeinzustand des Kranken und analysiren jedes einzelne Symptom kritisch, um dessen Zusammenhang mit der Infection zu erforschen, dem Grundsatze treu, dass

[1]) Untersuchungen über die Absorption und Elimination des Quecksilbers bei den unter verschiedenen Verhältnissen ausgeführten Einreibungen von Dr. E. Welander. — Arch. f. Derm. u. Syphilis, XXV, 1893, Heft I und II.

wir nicht die Krankheit, sondern den Kranken selbst behandeln; darum erfüllen wir neben der Behandlung der Syphilis alle anderen Indicationen.

Sicher wird von allen Spitalsärzten die Beobachtung bestätigt, dass die Anaemie, die so oft bei unseren Syphiliskranken, die sich in die Spitalsbehandlung melden, zum Vorschein kommt, in einem mittelbaren oder unmittelbaren Causalnexus mit der Syphilis zu constatiren sei. Es ist also eine wichtige Aufgabe für uns, diese Complication zu beseitigen. Nun — wir trachten bei Anämischen im sogenannten secundären Stadium oder sogar noch während des Primäraffectes durch Arsen mit Eisen und entsprechende Kost vorerst den Allgemeinzustand zu heben, um dadurch gleichzeitig seine Empfindlichkeit auf das syphilitische Gift zu verkleinern. Auf diese Weise erzielen wir oft ungleich bessere Erfolge, als wenn wir den Kranken der ausschliesslichen Einwirkung des Quecksilbers überliessen.

Nichtsdestoweniger kommt es vor, dass wir die in Begleitung der Syphilis auftretende Anämie nur vermittels Quecksilbers zu entfernen im Stande sind, es sind dies aber Fälle, in denen die Anämie in der syphilitischen Infection ihre ausschliessliche Quelle hat. Der Arzt weiss es aber gut, wie schwer es in manchen Fällen ankommt die Ursache der Anämie zu erforschen, speciell bei der arbeitenden Classe, die sich um ihre Gesundheit wenig zu bekümmern pflegt und deren Scharfsinn in dieser Richtung noch viel zu wünschen liesse. Jedenfalls leisten kleine Gaben Arsen mit Eisen bei entsprechenden diätetischen Massregeln immer gute Dienste.

Deshalb las ich mit grossem Vergnügen im „Archiv für Derm. u. Syphilis B. XXXIV, H. 2" den Artikel des Dr. J. R. Rille, aus der Klinik des Prof. Neumann, der speciell in Fällen der Anämie, die während der Syphilis auftritt, ein neues von Kobert angegebenes Quecksilberpräparat, das Haemolum hydrargyro-jodatum lobt.

Die Franzosen verabreichen gerne das Quecksilber innerlich. Die beiden grossen französischen Syphilidologen: Fournier und Mauriac empfehlen diese Behandlungsweise speciell bei ambulanten Kranken, indem sie behaupten: „cette méthode

est incontestablement la meilleure." Sie ist die leichteste und bequemste, ebenso für den Kranken wie für den Arzt, denn sie macht dem ersteren weder Schwierigkeiten, noch Mühe, die bei den anderen Methoden unvermeidlich sind. Obwohl sie zwar gleich den anderen Methoden eine Intoxication hervorrufen kann, hat sie doch den Vorzug, dass man den Kranken vor einer Vergiftung durch frühzeitige Unterbrechung der ohnehin kleinen Gaben sicher schützen kann. Meistentheils handelt es sich bei dieser Methode um Erkrankungen im Verdauungstracte, die ohne Behandlung leicht schwinden.

Es gibt aber auch Contraindicationen für diese Einführungsweise des Quecksilbers, nämlich eine übergrosse Empfindlichkeit des Kranken auf das Medicament, krankhafte Störungen im Verdauungscanale oder wenn der Magen überhaupt für andere Medicamente, die mit dem Quecksilber in schädliche Verbindungen treten könnten, freigehalten werden muss und schliesslich noch in solchen Fällen, wo es sich um ein schnelles, energisches Eingreifen des Organismus mit dem Quecksilber handelt.

Auf diese Massregeln haben wir immer das Augenmerk gerichtet, wann wir Mercurialpräparate innerlich verabreichen wollen.

Aus der grossen Menge von Quecksilberpräparaten zur internen Behandlung finden sich nur wenige, welche verordnet werden. In dieser grossen Menge steht unleugbar das Sublimat am ersten Platze und als sein Nebenbuhler das Protojoduretum hydrarg., von Ricord als ein erfolgreiches Präparat gelobt.

Zugleich mit Calomel, das in der Kinderpraxis viele Anwendung findet, werden diese beiden Quecksilberpräparate bis jetzt verabreicht. Von den neueren Verbindungen werden: Hydrarg. tannic. oxydul. (Lustgarten 1884), Hydrarg. peptonatum (Martineau), das aber seiner inconstanten Zusammensetzung wegen kein Vertrauen erweckt und zuletzt das bisher wenig erprobte Hydrarg. gallic. (Brouss und Gal) angewendet. In unserer Abtheilung werden gewöhnlich Sublimat oder Hydrg. tannicum oxydul. in Pillen und das Deutojoduretum hydrg. mit Kali jodatum, in welchem es sich sehr gut auflöst, verabreicht.



Nach dem Erscheinen des obenerwähnten Aufsatzes des Dr. Rille fingen wir an das Haemolum hydr. jodat zu verordnen. Nach Kobert bildet das Haemol. hydrg. jod. eine Verbindung von Jod und Quecksilber mit Eisen und enthält 12·35% Quecksilber, 26·68% Jod. Das Haemolum stellt man durch Schütteln von neutralisirtem Blut warmblütiger Thiere mit Wasser und Zinkstaub dar. Es entsteht ein das Haemoglobin einschliessender Niederschlag, aus dem man nach Entfernung des Zink Schwefelammonium und vorsichtigem Versetzen der Lösung mit Salzsäure, ein braunes, in Wasser nicht lösliches, fast geschmackloses Pulver, das Haemol, erhält. Man weiss, dass Eisenpräparate im Darme nur sehr schwer resorbirt werden, doch hat sich Kobert überzeugt, dass nach Einführen in den Dickdarm einer Dosis Haemol, die 0·5 Gr. Haemoglobin entsprach, 50% desselben resorbirt wurde. Den 37 Krankengeschichten gemäss, die der Verfasser angibt, soll dieses Präparat allen anderen, die innerlich angewendet werden, in der Heilwirkung gleichstehen; sein Vorzug aber besteht darin, dass es der gleichzeitigen Anämie entgegenwirkt.

Zugleich belehrt uns diese Arbeit, dass die giftige Wirkung dieses Präparates überaus schwach ist, nach Rille's Angabe schwächer sogar, wie anderer Quecksilberpräparate, obwohl die Dosis (1·20 pro die) verhältnissmässig gross ist.

Entsprechend der Angabe des Autors verordneten wir Anfangs nur 5·0 Haem. hg.-jod. auf 60 Pillen, nachher aber erhöhte man die Dosis nach der folgenden Vorschrift:

Rp.: Haemoli hydrg. jodati 10·0
Pulv. et extr. Liquiritiae aa qu. suff.
ut fiant pil. Nr. 50.
DS. 3mal täglich zu 2 Pillen.

Wie aus den folgenden kurzen Krankengeschichten ersichtlich ist, verordneten wir in unseren Fällen meistens die stärkeren Pillen.

Weiber:

1. Florentine M., 17 Jahre alt, Näherin, war am 17./III. 1896 mit einer Initialsclerose an der hinteren Commissur und einer specifischen Schwellung der Leistendrüsen aufgenommen. Der Primäraffect wurde örtlich behandelt. Am 13./V. 1896 erschienen syphilitische Flecke an der

Brust. Die Kranke war mässig ernährt, Conjunctivae und Mundschleimhaut blass. Man verordnete 0·60 Haem. h. j. pro die.

Schon am 25./V. waren fast keine Spuren des Hautausschlages; da jedoch Erbrechen und Durchfall mit grossen Schmerzen entstanden, wurden die Pillen weggestellt. Nach dem Aufhören der Magen- und Darmerscheinungen verabreichte man noch die Pillen, aber nach einigen Tagen traten die Beschwerden wieder auf. Man verordnete also parenchymatöse Injectionen, die von der Kranken gut vertragen wurden und den Rest der Symptome zum Schwunde brachten.

2. Katharine B. — 17 Jahre alt, Prostituirte. Die Diagnose lautete: Syphilis recidiva maculosa orbicularis trunci et maculosa in cumulis ad abdomen et ad extrem. superiores. Sie ist gut ernährt, aber anämisch. Tag der Aufnahme 30./IV. 1896.

Man verordnete (die schwächeren Pillen) ca. 0·33 Haem. hg. j. täglich. Schon nach 4 Tagen entstand bedeutender Durchfall, weshalb man die Pillen wegstellte. Als die Darmerscheinungen nach einigen Tagen verschwanden, verordnete man die Pillen wieder. Da aber am 14./V. auf's Neue Erbrechen und Durchfall auftraten, waren wir genöthigt, die Pillen zu beseitigen.

Um zu erproben, inwiefern dieses Präparat auf den Verdauungscanal schädlich wirkt, fingen wir an am 19./V. wiederum die Pillen zu verabreichen, indem wir dieses Mal bei der Wahl der Speisen sehr vorsichtig waren. Am 20./V. stellten sich die Magendarmerscheinungen trotz der entsprechenden Kost wieder ein und darum haben wir diese Cur ganz weggestellt und sie mit intramusculären Injectionen von Hg. sal. vertreten. Derzeit waren die Flecke noch zahlreich.

3. Cäcilie K., 18 Jahre alt, Prostituirte; aufgenommen am 14./V. 1896 Diagnose: Syphilis recidiva condylomatosa ad fauces, tonsillas, labia oris, ad genitalia et ad anum. Polyadenitis. Die Ernährung der Kranken war vollkommen gut — die Schleimhäute aber blass.

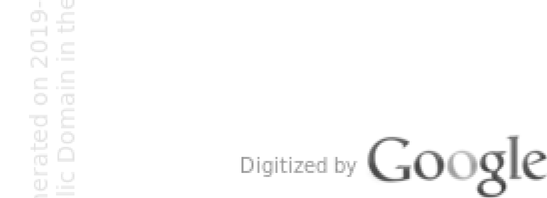
Man verordnete Pillen von Haem. hydrg. jod. in täglicher Dosis 0·60 Gr. Am 18./V. fing man die Verabreichung der Pillen in 2 Dosen à 0·40 Gr. an.

Nachdem die Kranke 8·80 Gr. Haem. hg. j. (44 Pillen) verbraucht hat, sind alle krankhaften Erscheinungen verschwunden, die Behandlung konnte aber wegen der Flucht der Kranken aus dem Spitale nicht fortgesetzt werden.

Man muss bemerken, dass die Kranke das Präparat gut vertragen hat und dass es keinen Grund gab, die Behandlung zu unterbrechen.

4. Amalie K., 37 Jahre alt — Vermittlerin — aufgenommen am 17./V. 1896 mit einer Initialsclerose auf der Portio vaginalis uteri. Die Leistendrüsen, wie auch andere Lymphdrüsen waren geschwellt. Am Oberleibe und den oberen Extremitäten war ein reichliches maculöses syphilitisches Exanthem vorhanden. Die Ernährung war ziemlich gut, die Gesichtsfarbe und die Schleimhäute blass.

Am 22./V. begann die Kranke Haem. hg. jod. in Dosen 0·20 Gr.



3mal täglich zu nehmen, aber schon nach 6 Tagen musste sie die Cur wegen stomatitis und gingivitis unterbrechen. Gargarismen mit Chlorkali.

Als nach einigen Tagen die Schleimhäute zur Norm zurückgekommen sind, erneuerte man die unterbrochene Behandlung. Am 10./VI. wurde in der Krankheitsgeschichte notirt, dass das Exanthem zu schwinden begann. Doch musste das Präparat wegen der bei der Menstruation entstandener Leibschmerzen schon am nächsten Tage unterbrochen werden.

Den 15./VI. fing man wieder an das Haem. hg. jod. zu verabreichen und am 20./VI. wurde die Kranke auf ihren Wunsch vom Spital mit verheiltem Primäraffecte und ohne Spuren des Exanthems entlassen.

Um die krankhaften Erscheinungen zu beseitigen, verbrauchte man 10·20 Gr. Haem. hg. jod.

5. Anna F., 18 Jahre alt, bei den Eltern, wurde mit Syphilis maculosa trunci et extremitatum et condylomata lata faucium; polyadenitis am 21. Mai 1896 aufgenommen. Die Kranke war anämisch und mässig ernährt.

Am 26./V., nachdem in der Proruption der Flecke ein Stillstand eingetreten ist und die Kranke zur Aufnahme des Quecksilbers genügend vorbereitet wurde, war die Behandlung mit Haemol. hg. jod. und zwar mit den stärkeren Pillen drei Stück pro die (= 0·60 Gr.) begonnen.

Schon am 4. Tage stellten sich heftige Leibschmerzen mit Durchfall ein. Die Abendtemperatur stieg auf 38° C. und somit wurde die Quecksilberbehandlung unterbrochen. Man verordnete Ruhe und eine stricte Diät.

Nachdem nach weiteren 4 Tagen die Darmerscheinungen geschwunden sind, wurde die Behandlung wieder aufgenommen. Es trat aber wieder Durchfall ein, und die Pillen wurden weggestellt. Das Exanthem bestand noch unverändert und erst, als die Darmerscheinungen beseitigt wurden, verordneten wir intramusculäre Injectionen mit Hydrg. salicylicum 0·10 pro dosi.

Nach drei solchen Injectionen, welche in sechstägigen Intervallen gemacht wurden, sind alle syphilitischen Erscheinungen geschwunden und es liess sich keine schlimme Einwirkung auf den Darm bemerken.

Männer:

6. Peter S., 55 Jahre alt, Arbeiter, aufgenommen den 1./IV. 1896. Sclerosis initialis ad tonsillam dextram subsequente lymphadenitide submaxillari; syphilis secundaria maculo-papulosa trunci et extremitatum, condylomata lata ad scrotum, adenitis inguinalis minoris gradus. Die Ernährung ist schlecht, ein greisenhaftes Aussehen.

Am 3./IV. wurde die Behandlung mit Pillen à 0·20 Haem. hg. jod. 3mal täglich angefangen; schon am 12. Tage, nachdem der Kranke 7·20 Gr. des Präparates genommen hat, begannen die Veränderungen zu schwinden; da jedoch die Besserung nur langsam vorwärts ging, verstärkte man am 20./IV. die tägliche Dosis auf 1·20 Gr., welche schon nach 3 Tagen einen blutigen Durchfall hervorgerufen hat, weswegen man die Cur unterbrach.



Am 27./4., nachdem der Durchfall beseitigt wurde, begann man die Behandlung auf's neue, doch in kleinerer Dosis, u. z. 2mal täglich zu 2 Pillen à 0·20 Gr. Das Bestehen eines leichten Durchfalles bewog uns die Dosis noch zu verkleinern und man verabreichte dem Kranken bis zum 15./V. 1896 nur 2 Pillen à 0·20 täglich. Alle Erscheinungen verschwanden und der Kranke wurde frei von syphilitischen Symptomen entlassen. Er verbrauchte 22 Gr. Haemol. hydrg. jodatum.

7. Franz S., 29 Jahre alt, Hausmeister, aufgenommen am 2./4. 1896. Syphilis erythematosa laryngis subsequente dysphonia, condylomata circa anum. Unbedeutende Vergrösserung der Drüsen des Nackens und der Leistengegend. Die Ernährung des Kranken war gut.

Am 4./IV. wurde die Behandlung begonnen, indem man dem Kranken 3mal täglich zu 2 von den schwächeren Pillen verordnete (5 Gr. Haem. hg. jod. auf 60 Pillen), da er sie aber gut vertragen hat, erhöhte man am 8./IV. die Dosis auf 9 Pillen täglich.

Am 16. Tage der Behandlung fing die Stimme des Kranken an sich zu reinigen und die Condylome sich zu überhäuten. Um die Wirkung zu steigern und zugleich um den Einfluss des Präparates auf den Darm zu erproben, verordnete man eine stärkere Dosis d. h. 1·20 Gr. Haem. hg. jod. täglich in 3 Gaben. Die Stimme besserte sich auffallend, ebenso die Condylome; der Verdauungscanal vertrug die Behandlung ganz gut, doch entstand nach 4 Tagen eine Gingivitis marginalis, weshalb man das Quecksilber wegstellte. Einige Tage später konnte man es wieder aufnehmen und am 2. Mai verliess der Kranke frei von syphilitischen Veränderungen das Spital, nachdem er über 14 Gr. Haemol. hg. jod. verbraucht hat.

8. Anton D., 27 Jahre alt, Ackerbauer, aufgenommen am 7./IV. 1966 mit einer Initialsclerose am Penis mit nachfolgender Leistendrüsenschwellung. Der Kranke war mässig ernährt.

Anfangs wurde nur eine locale Behandlung angewendet, da aber am 17./V. das syphilitische Exanthem in Form von Flecken sich auf den Oberleib, die oberen und unteren Extremitäten verbreitete, verordnete man dem Kranken 3 Pillen à 0·20 Haem. hg. j. täglich und nach drei Tagen steigerte man die Dosis um eine Pille mehr (0·80 pro die), da er sie gut vertragen hat.

Schon 4 Tage später zeigte sich eine leichte mercurielle Entzündung des Zahnfleisches, welche uns zum Einstellen der Cur zwang und erst nach dem Schwunde der Gingivitis nahm man sie wieder in derselben Dosis auf.

Am 31./V. verliess der Kranke ohne krankhafte Veränderungen das Spital, nachdem er 7·20 Gr. Haem. hg. jod. verbrauchte.

9. Franz L., 24 Jahre alt, Diener, Aufnahmstag am 15./IV. 1896. Sclerosis subpraeputialis subsequente phymosi. Beiderseitige, schmerzlose Vergrösserung der Leistendrüsen. Die Ernährung des Kranken ist ziemlich gut.



Den 28./IV. bemerkte man ein spärliches maculöses Exanthem. Dasselbe verbreitete sich in den folgenden Tagen immer mehr, so dass es um die Mitte Mai den ganzen Leib und die Extremitäten bedeckte. Der Kranke wurde blässer, sein Aussehen war exquisit anämisch. Um diese Zeit begann die Behandlung mit der Verordnung von 0·40 Haem. hg. jod. täglich und da der Kranke es gut vertragen hat, verstärkte man die Tagesdosis bis zu 0·80. Bis zum 23. Mai befand sich der Kranke ohne Unterbrechung in der Behandlung und da die krankhaften Veränderungen bis zu diesem Tage gänzlich schwanden, verliess er das Spital, nachdem er 10 Gr. Haem. hg. j. verbrauchte.

10. Josef K., 24 Jahre alt, Bäckergeselle, aufgenommen den 19./IV. 1896 mit Syphilis recidiva condylomatosa circa anum. Der Kranke war gut ernährt, aber blass. Man verordnete Pillen von Haemol. hydrg. jodat. zu 0.60 täglich. Schon am dritten Tage wurde die Cur wegen blutigem Durchfall unterbrochen, der aber nach einigen Tagen beseitigt wurde. Von nun an wurde die Behandlung ohne Unterbrechen weiter geführt, bis die Veränderungen schwanden und der Kranke den 1./V. das Spital verlassen konnte.

Er verbrauchte 4 Gr. Haem. hg. jod.

11. J. F., Beamter, 30 Jahre alt, aufgenommen den 20./IV. 1896 mit Sclerosis initialis ad praeputium, syphilis papulosa trunci et extremitatum. Lymphadenitis.

Der Kranke ist gut genährt, doch etwas blass. Man verordnete ihm 0·80 Haem. hg. jod. täglich, die er bis zum Schwunde der Erscheinungen, d. i. bis zum 21./V. gebrauchte. Im Ganzen verbrauchte der Patient 14 Gr. des Präparates. Während dieser Zeit wurde die Cur zweimal wegen Durchfall und einmal wegen Durchfall mit Erbrechen unterbrochen, diese Erscheinungen schwanden jedoch schnell nach der Unterbrechung der Behandlung.

12. Simon C., Kesselmacher, 20 Jahre alt, aufgenommen am 29./IV. 1896.

Syphilis secundaria maculo-papulosa trunci, condylomatosa ad tonsillas et ad penem. Lymphadenitis. Die Ernährung war gut, das Aussehen gesund.

Es wurde Haem. hg. j. 0·80 pro die angewendet, welches der Kranke gut vertragen hat und nach Verbrauch von 4·80 Gr. des Präparates verliess er auf eigenen Wunsch am 9./V. das Spital mit nur unbedeutenden Spuren des Exanthems.

13. Johann S., Taglöhner, 24 Jahre alt, aufgenommen am 6./V. 1896 Syphilis secundaria maculosa trunci et extremitatum, condylomatosa penis. Lymphadenitis. Der Kranke war mässig ernährt und anämisch.

Während der folgenden Tage wuchs das Exanthem quantitativ, so dass man die Behandlung erst am 17./V. anfangen konnte, indem man 0·60 Haem. hg. jod. täglich empfahl. Da der Kranke diese Dosis gut vertragen hatte, vergrösserte man sie bis 0·80 pro die.



Schon am 29./V. verschwand das Exanthem spurlos und als eine Woche später auch die Condylome schwanden, entliess man den Kranken aus dem Spitale, nachdem er 14 Gr. Haem. hydrg. jod. verbrauchte.

14. Johann W., Ackerbauer, 25 Jahre alt, aufgenommen den 13./V. 1896. Syphilis secundaria recidiva papulosa orbicularis et ecthyma profundum ad antibrachia. Dabei war der Kranke heiser, mässig ernährt, die Schleimhäute blass.

Neben einer Localbehandlung verordnete man 0·60 Haem. hg. j. pro die, aber ungeachtet der kleinen Dosis entstand schon nach einer Woche eine acute Stomatitis mercurialis, welche uns zwang die Cur zu unterbrechen. In der Krankheitsgeschichte ist notirt worden, dass die Stimme reiner wurde. Obwohl man das Quecksilber zu verabreichen aufhörte, besserte sich der Hautausschlag und als am 31./V. die Stomatitis mercurialis beseitigt wurde, erneuerten wir die Cur und führten sie bis zum 8./VI. zum Schluss, an welchem Tage auf der Haut kaum Pigmentspuren hinterblieben, so dass der Kranke das Spital verliess. Er verbrauchte 9 Gr. Haem. hydrg. jod.

15. Jacob W., Ackerbauer, 30 Jahre alt, aufgenommen den 21./V. 1896. Syphilis secundaria maculosa trunci et extremitatum, condylomatosa penis, scroti et ad anum. Lymphadenitis universalis. Die Ernährung des Kranken war gut.

Den 22./V. begann der Kranke die Behandlung mit 0·60 Haem. hg. jod. pro die, aber schon nach 2 Tagen zeigte sich ein blutiger Durchfall, so dass die Behandlung unterbrochen wurde. Nach Entfernung des Durchfalles wurde sie wieder aufgenommen, aber zum zweiten Male wegen Gingivitis eingestellt. Nach Verbrauchen von 6·60 Gr. des Präparates entstand eine Stomatitis mercurialis und zugleich blutiger Durchfall und als diese Erscheinungen beseitigt wurden, verliess der Kranke auf eigenen Wunsch am 11./VI. das Spital, ohne die Cur beendigt zu haben, aber mit bedeutender Besserung.

In den angeführten Krankheitsgeschichten berücksichtigte ich ausschliesslich nur die Wirkung des Haemol. hydrg. jodat. auf syphilitische Erscheinungen und seinen Einfluss auf den Organismus im Allgemeinen, ohne andere uns momentan weniger interessirende Einzelheiten in Anbetracht genommen zu haben. Aus dieser Zusammenstellung muss jeder zu der Ueberzeugung kommen, dass die Heilwirkung des Präparates — inwiefern es keine gefährlichen Nebenerscheinungen hervorruft — unter jeder Hinsicht nicht zu unterschätzen ist.

Unter den 15 mit diesem Präparate behandelten Fällen war in 7 Fällen ein Flecken-Exanthem, in einem Falle ein papulöser Ausschlag, zwei Fälle von polymorphen Erythemen und unter den Recidiven hatten wir einen Fall von Flecken-





und einen von papulösem Exanthem drei Fälle von Condylomen.

Wir schliessen von der Beurtheilung der Wirkung des Präparates diejenigen drei Fälle eines Flecken-Exanthems aus, in denen nach kurzer Zeit das Haemol. hydrg. jod. durch ein anderes Mittel ersetzt wurde.

Das maculöse Exanthem schwand fast gänzlich schon nach verhältnissmässig kleiner Gabe, denn nach Verbrauch von 8—14 Gr. des Medicamentes, der papulöse Ausschlag nach 22 Gr. einmal nach 14 Gr. und in einem Falle brachte man nach 4·80 Gr. zu blossen Pigmentresiduen.

Ein Fall von Recidive in Form kreisförmiger Papeln mit Ecthyma combinirt zeigte bedeutende Besserung nach 9 Gr. Haem. hg. jod., die breiten Condylome resorbirten sich schon nach der Dosis von 6 Gr. Ich muss aber betonen, dass man in diesen Fällen zugleich eine Localbehandlung angewendet hat.

Daraus folgt also, dass dieses Präparat, wie ich es vorher behauptet habe, in leichten Fällen energisch wirkt, indem schon nach verhältnissmässig kleinen Gaben alle Veränderungen zum Schwunde gebracht werden. Wenn wir jedoch die wiederholten Unterbrechungen der Behandlung, die wegen der Nebenwirkungen des Mittels unvermeidlich sind, in Anbetracht ziehen, so wirft das einen weniger günstigen Schatten auf die Anwendbarkeit des Mittels, denn in fast keinem Falle war es möglich, die Behandlung ohne Unterbrechung durchzuführen. Man war öfters gezwungen, das Verabreichen des Präparates schon nach kleinen Gaben einzustellen und nur in drei Fällen (3, 12, 13) wurde das Mittel in continuo 2—4 Wochen gegeben. In diesen Fällen verschwanden die Veränderungen wirklich sehr schnell.

In 9 Fällen von den 12 angeführten musste man die Behandlung entweder wegen Einwirkung des Präparates auf die Mundschleimhaut, oder — was öfter vorgekommen ist — wegen Magen- und Darmbeschwerden unterbrechen, und in manchen Fällen sogar zu wiederholten Malen, was die Behandlung verzögert hat.

In der Mehrzahl der Fälle, vertrugen die Kranken das Präparat nicht gut, oft traten schon nach kleinen Dosen (0·40—0·60) Darmerscheinungen auf und nicht selten haben

sich an die diarrhoeischen Entleerungen Magenbeschwerden hinzugesellt. Die Erscheinungen bestanden in wiederholten, selbst blutigen, mit heftigen Schmerzen und Stuhldrang verbundenen Durchfällen. Oefters trat zu den beschriebenen Beschwerden noch Erbrechen, Appetitlosigkeit und sogar Temperaturerhöhung.

Bedeutend seltener bemerkten wir Symptome einer Quecksilbervergiftung in der Mundhöhle, die aber nach Unterbrechung der Cur und nach Verordnung einer entsprechenden Behandlung beseitigt wurden.

Ich muss schliesslich noch an die Fälle erinnern, in denen wir die Behandlung mit dem in Rede stehendem Präparate nicht zu Ende führen konnten und statt ihrer zu parenchymatösen Injectionen von Hydrg. salic. übergehen mussten. In diesen Fällen konnte von keiner Idiosynkrasie der Kranken gegen Quecksilber die Rede sein, sondern man muss die Ursache dieser Erscheinungen in dem Präparate selbst suchen.

Ungeachtet der bescheidenen Zahl der angeführten Fälle, glaube ich den Heilwerth des Präparates ganz klar dargestellt zu haben.

Mit den Anschauungen des Dr. J. R. Rille stimmen die meinigen nur insofern überein, dass das Haemolum hydrargyro-jodatum, was seine Wirkung auf leichtere Syphilissymptome anbetrifft, den anderen üblichen Präparaten, die innerlich verabreicht werden, nicht nachsteht; es erfüllt aber wegen seiner sehr leicht auftretenden Nebenwirkungen, die einem jeden Präparate gestellten Anforderungen nicht. Höchstens könnte es nur in mässigen Gaben mit geringem Vortheile angewendet werden.

Was seine Wirkung auf die Anämie betrifft, war ich in unseren Fällen nicht im Stande dieselbe zu constatiren, denn die anämischen Kranken vertrugen es nicht, und die gut ernährten und nicht anämischen brauchten die Behandlung mit diesem Präparate nicht.



Ueber gonorrhoische Allgemein-Erkrankung.

Von

Dr. **Schuster**, Aachen.

Unter der Ueberschrift: Rheumatismus gonorrhoicus oder Syphilis? veröffentlichte ich 1889 im 21. Jahrgange dieses Archivs sieben Krankheitsfälle, die sich durch secundäre Erkrankung verschiedener Gelenke, der Nerven, der Iris, des Calcaneus u. s. w. nach vorausgegangener Gonorrhoe kundgaben, und von denen 4 durch eine längere mercurielle Behandlung zur vollständigen Heilung gebracht wurden. Gerade letzterer Umstand veranlasste mich mit Rücksicht auf den damals noch nicht erbrachten Nachweis von dem Vorhandensein der Gonococcen in den secundär erkrankten Theilen, in der Gelenkflüssigkeit oder gar im Blute die für einzelne ähnliche Fälle in letzter Zeit auch von Anderen gestellte Frage aufzuwerfen, ob diese complicirten, mit und nach Gonorrhoe auftretenden Erkrankungen nicht durch Mischinfection beeinflusste larvirte Syphilisfälle seien. Man ist ja auch heute noch geneigt, eine erfolgreiche längere Mercurbehandlung als einen Beweis für die mindestens sehr wahrscheinliche syphilitische Natur des Leidens anzusehen. Es gab eine Zeit, wo gegen fieberhafte Entzündungsprocesse graue Salbe örtlich reichlich eingerieben wurde, z. B. bei Lungenentzündung, wo eine Calomelcur gerne gegen gemeine Pleuritis angewandt wurde, wo heftige Augenentzündungen durch forcirte Inunctionscuren zu cupiren getrachtet wurden. Heute aber wittert man aus dem mercuriellen Erfolge gerne eine syphilitische Verwandtschaft. Da ich damals noch allein stand mit dem Heilerfolge der mercuriellen Behandlung gegen gonorrhoische Allgemeinerkrankung, so neigte ich zu der Auslegung der genannten, insbesondere der mit Iritis und Periostitis einhergehenden Fälle als von modificirter Syphilis abhängig.



Seitdem aber sind neben den vielen neuen Veröffentlichungen sich oft wiederholender Krankheitsbilder von gonorrhoischer Allgemeinerkrankung auch der Beweise von dem Uebergange der Gonococcen in entferntere Organe, insbesondere die Gelenkflüssigkeit, Sehnenscheiden, Knochenhaut, ins Herz, auf die Herzklappen, ins Blut so unzweideutig erbracht worden, dass man kaum noch anstehen kann, auch die nach der Gonorrhoe entstandenen und immer wieder aufs Neue berichteten Erkrankungen des peripheren und centralen Nervensystems als durch Gonococceninfection bedingt anzuerkennen, wenn auch der Nachweis der Gonococcen in den Nervenscheiden, den Meningen noch nicht erbracht ist. Ich erinnere nur an den ersten Nachweis der Gonococcen durch Deutschmann bei Blennorrhoen neonatorum in einer Gelenkflüssigkeit und bei Otitis media, an die unabhängig von Eitercoccen aufgetretene Gonococcen-Peritonitis durch Wertheim, an die durch Lang nachgewiesene Gonococcen-Metastase an der Streckseite des linken dritten Metacarpo-Phalangealgelenkes, an die Aufsehen erregenden Fälle von Gonococcen-Endocarditis durch Leyden, die wegen ihrer hohen Bedeutung trotz genauer Beobachtung der Gonococcen noch in ihrer Gonococcenbedeutung deshalb nicht einwandfrei blieben, weil deren Culturverfahren nicht erbracht sei; insbesondere aber in der neuesten Zeit an die Arbeit von Finger, die er im Verein mit Ghon und Schlagenhaufer über einen letal verlaufenen Fall von gonorrhoischer Endocarditis 1895 in diesem Archiv brachte, und in welcher er nachwies, dass und warum eine unzweideutige mikroskopische Diagnose der Gonococcen nicht mehr unmöglich sei; dass ferner das Ausbleiben jeglicher Cultur in seinem Falle gegen eine Mischinfection, und warum alles andere für eine Gonococceneinwanderung ins Herz sprach, so dass der Gonococcus als Erreger einer septisch-pyaemischen zum Exitus letalis führenden Affection erwiesen sei; ich erinnere dann noch an den Nachweis resp. die Reincultur von Gonokokken aus dem Blute eines an Tendovaginitis leidenden Gonorrhoikers durch Dr. Åhmann, Assistenten von Welander, wie letzterer in einer im nordisk Archiv 1897 veröffentlichten Arbeit über einen letal verlaufenen Fall von Polyneuritis gonorrhoica erwähnt, bei dem



sich mehr weniger bedeutende Degenerationen in peripheren Nerven fanden.[1]) Mit Rücksicht hierauf lassen auch die vielen in den letzten 6 Jahren als im Gefolge der Gonorrhoe bekannt gewordenen Fernerkrankungen die Wahrscheinlichkeit zu, dass der Gonococcus als solcher, abgesehen von seiner noch unbekannten Toxine, unabhängig von der Beimischung anderer eitererregender Coccen allgemein inficirend wirken kann. Von diesen Fällen mögen einige, meist den Referaten dieses Archives entnommen, sowie die daran geknüpften Ansichten Erwähnung finden, ehe ich einen hierher gehörigen, seit 1890 wiederholt, zuletzt 1896 behandelten Fall folgen lasse.

Dubuc erwähnt 1891 eines Falles von Gonorrhoe, wo im Anschluss an die Einführung eines Bougies, Fieber und Schmerzen in der Nierengegend eintraten.

Morel-Lavallée erwähnt (1892) einer progressiven Polyneuritis deformans mit Muskelatrophie.

Raynaud bringt 3 Fälle von Gonorrhoe, die mit Hautexanthemen complicirt sind. Die Complicationen der Gonococcen theilt er in solche, die nur durch Gonococcen (Iritis, Arthritis, Exanthem, Periostitis) und in solche, die durch Mischinfection erzielt werden (Salpingitis, Peritonitis). Wie bereits erwähnt, können nach Wertheim die Gonococcen unabhängig von Eitercoccen Peritonitis hervorrufen. Raynaud nimmt als die häufigste Complication seitens des Nervensystems die Ischias an, dann komme die Meningo-Myelitis, der Muskelschwund, gonorrhoische Erkrankung der Sinnesorgane (wie Neuro-Retinitis, nervöse Taubheit), gonorrhoische Gehirnerscheinungen, Hauterkrankung (Erythema nervosum).

Claudet (1894) unterscheidet 2 verschiedene, im Verlaufe der Gonorrhoe auftretende Rückenmarkserkrankungen. Bei der einen Art, die sich stets an Gelenkaffectionen anschliesst, scheint eine Reflexwirkung seitens der entzündlichen Gelenke auf das Rückenmark die Ursache zu sein; sie beschränkt sich auf die unteren Extremitäten oder geht mit allgemeiner progressiver Muskelatrophie einher. Bei der 2. Gruppe ist das Rückenmark direct durch das gonorrhoische Virus — vielleicht

[1]) s. auch II. Heft dieses Bandes S. 195 „Reinzüchtung des Gonoc. in zwei F. von gon. Metastase" von J. Yundell.

in Gemeinschaft mit einer secundären Infection — erkrankt, was sich in Paraplegien mit oder ohne Betheiligung der Sphincteren kundgibt.

Panas erwähnt eines Patienten, der bereits 4 Jahre vorher 6 Monate lang Gonorrhoe mit nachfolgendem Rheumatismus hatte und jetzt wieder 3 Monate lang wegen derselben Complication bettlägrig ist, und bei dem unter heftigen Kopfschmerzen rechtsseitige Amaurose eintritt.

Ein Fall von Meningo-Myelitis, 6 Wochen nach Bestehen der Gonorrhoe wird von Polozoff angeführt, ein weiterer Fall von Parese der unteren Extremitäten mit Lähmung der Blase von Trapeznikoff.

Engel-Reimers erwähnt dreier Fälle von Polyneuritis und in der letzten Zeit Welander eines solchen mit letalem Ausgange, die nur der Gonorrhoe zugeschrieben werden können.

Róna führt 4 Fälle vor, die Gonorrhoiker betreffen, welche früher immer gesund waren und Entzündung der Sehnenscheide, resp. beiderseitiger bursae subcutaneae caleanei mit Polyarthritis und Myositis hatten; im 4. Falle bestand Ischias utriusque lateris; hier that Natron salicylicum gute Dienste.

Pitres berichtet über einen Fall von Hemiplegie nach Gonorrhoe.

Lazarus beobachtete einen Fall von Posticus-Lähmung bei einem Gonorrhoischen: Bei einem 32jährigen Manne trat im Verlauf einer Gonorrhoe Dyspnoe auf, gegen welche die Tracheotomie vorgenommen werden musste. Lazarus glaubt die Lähmung beider Stimmbanderweiterer auf gonorrhoische Neuritis des Nervus laryngeus inferior beziehen zu sollen.

J. M. Robinson (medical News 1896) gibt einen Fall von allgemeiner acuter gonorrhoischer Infection mit tödtlichem Verlauf: Erbrechen, Myosis, Haemorrhagien der Haut und Magenschleimhaut, Gelenkentzündungen, Delirien. Die Gonorrhoe muss mangels eines anderen Ausgangspunktes als die Veranlassung der Septicaemie angesehen werden.

König veröffentlicht (D. med. Wschr. 1896) einen sehr lehrreichen Vortrag über gonorrhoische Gelenkentzündung. Nach ihm finde man in 90 Procent aller Gelenkentzündungen Gonorrhoe. Er unterscheidet einen Hydrops articularis ohne



und mit Kapselschwellung; ferner das Empyem, dann die bösartigste Form, die Phlegmone des Gelenks, die auf die Bänder und Sehnen übergreift. Während nach König der Hydrops der Gonorrhoiker am besten durch Punction und nachfolgende Einspritzung von Karbolsäure geheilt wird, ist bei den phlegmonösen Formen, die sich durch Schwellung und Starre des Gelenkes auszeichnen und gerne zur Ankylosirung insbesondere auch der Patella führen, die bis zu heftiger Entzündung, bis zur Blasenbildung der Haut aufgepinselte Jodtinctur mit nachfolgender Ruhigstellung des Gelenkes von grossem Nutzen. Bei vorhandener Ankylose empfiehlt er Röntgo-graphie zur Sicherstellung etwaiger knöcherner Verwachsung, wo gewaltsame Mobilisirung in Frage kommt, während bei Contractur mehr Mediko-Mechanik und Massage indicirt ist. König ist der Ansicht, dass die sich auch bei den Gelenkentzündungen der Puerperalen so rasch entwickelnden Ankylosen einer gonorrhoischen Infection zuzuschreiben seien.

Die Bedingungen für den Uebergang des Gonococcus in die Circulation sind noch nicht klar gestellt; ein solcher mag vielleicht öfter vorkommen, als es bis jetzt den Anschein hat. Nach dem Sondiren der gonorrhoischen Urethra ist wiederholt der Ausbruch schmerzhafter Gelenkentzündung beobachtet worden. Bei der Hartnäckigkeit, mit der der Gonococcus oft in den tieferen Theilen der Urethra verweilt und nach Monaten sich wieder bei scheinbarer Heilung vervielfältigen kann, ist es eher zu verwundern, dass die secundären Allgemeinerkrankungen im Verhältniss zu dem häufigen Vorkommen der Gonorrhoe so selten sind.

Wenn ich nun von den den letzten sieben Jahren angehörenden geklärteren Gesichtspunkten aus meine Ende des vergangenen Decenniums veröffentlichten Fälle wieder durchgehe, so muss ich die damals sehr gezwungene Diagnose „Syphilis“ fallen lassen trotz der mit Mercur erzielten Heilungen, und sie dem auch sonst wiederholt aufgetretenen Bilde der allgemeinen „gonorrhoischen“ Erkrankung entsprechend anreihen.

Mit einer durch Mercur wiederholt erzielten Heilung von gonorrhoischer schwerer Allgemeinerkrankung stehe ich auch nicht mehr allein. Dieselbe dürfte daher um so beachtens-



werther sein, als wir in ernsten Fällen in Bezug auf Allgemeinbehandlung oft in Verlegenheit sind. Immerhin mögen hier einige von Anderen empfohlenen Behandlungsweisen noch besondere Erwähnung finden.

Róna spricht bei seinen Fällen von der günstigen Wirkung des Natron salicylicum, insbesondere bei der Ischiascomplication.

Breton ist in seinem Berichte über 2 Fälle von Allgemeininfection der Gonorrhoe für möglichst desinficirende locale und Allgemeinbehandlung (Injectionen, Balsamica und Desinficientia innerlich, Salol, Salicyl, roborirende Diät).

Howard Lilienthal (dieses Arch. 1897) vermisst die schnelle Besserung des gonorrhoischen Rheumatismus durch Salicylpräparate, die man beim acuten Gelenkrheumatismus beobachte; bei Mischinfectionen ergäbe die Punction des Gelenkes Eiter, bei rein gonorrhoischer Gelenkerkrankung ein plastisches, zähes Präparat; er macht auf das event. Wiederaufflackern der Erkrankung bei operativen Eingriffen aufmerksam. Er empfiehlt ein conservatives Verfahren, local Ichthyol u. s. w., wenn angängig Massage, Operationen nur bei eitrigem Gelenkinhalte.

Fié warnt bei gonorrhoischer Metritis vor operativen Eingriffen, weil er danach Tripperrheumatismus auftreten sah. — Folgende Autoren empfehlen Mercurbehandlung.

Detchard, Traitement du Rhumatisme blenorrhagique 1895, empfiehlt die locale Anwendung von Qeecksilberpflastern, die sowohl eine örtliche, als auch in Folge Hg-Resorption eine günstige Allgemeinwirkung äussern.

Engel-Reimers, der 1890 zwei genau festgestellte Fälle von gonorrhoischer Polyneuritis beschreibt, wovon der eine Fall eine bis dahin gesunde Person betrifft, die gleichzeitig schwanger und gonorrhoisch wurde, hat die letztere, die bereits von März bis Juli schwer erkrankt war, von Mitte Juli bis Ende August einer Inunctionscur unterworfen, wonach die Schmerzen rasch gelindert werden; die September wieder aufgenommene Inunctionscur hat auch diesmal eine rasche Besserung der Lähmungserscheinungen zur Folge. Eineinhalb Jahr später wird sie von einem leichten Recidiv befallen, das ebenfalls nach einer Inunctionscur verschwindet.



Morell-Lavallée erwähnt, dass er in den 2 bereits angeführten Fällen von schwerer gonorrhoischer Gelenkaffection nach interner Verabreichung von Jodquecksilberpillen zu 0.1 Heilung eintreten sah. Der eine Fall zeigte nach der 10. Gonorrhoe eine progressive pseudonervöse Arthritis deformans mit Muskelatrophie. Das 8 Monate lang den verschiedenen Behandlungen widerstehende Leiden heilte innerhalb 6 Wochen auf Jodquecksilbergebrauch. Morel-Lavallée stellt in Folge dessen auch (wie ich es 1889 that) die Frage, ob der gonorrhoische Rheumatismus zu seiner Entwickelung einen syphilitischen Boden nöthig habe? (D. Arch. 1892.)

In den von mir 1889 beschriebenen 7 Fällen wurden durch die vorgenommene Inunctionscur 4 geheilt, 3 gebessert.

Ein Fall von gonorrhoischer Allgemein-Infection, den ich zuerst vom 14. September 1890 bis 19. Januar 1891, dann wieder November und December 1893, dann 1895 und zuletzt 1896 wegen immer recidivirender Formen jedesmal mit Quecksilber und Bädern, theils mit Jodpräparaten behandelte, wurde jedesmal, anfangs von seinen sehr schweren, später von weniger schweren Krankheitserscheinungen geheilt; während örtliche Heilungsversuche an der Urethra meist eine Verschlimmerung hervorriefen.

Herr G. kam am 14. September 1890, 23 Jahre alt, in meine Behandlung. Derselbe hatte sich Ende April genannten Jahres eine Gonorrhoe zugezogen, war früher immer gesund. In der vierten Woche seiner Behandlung wurde er bougirt und erhielt durch einen Katheter tiefe Injectionen und bekam Knieschmerzen. Im Juli musste er wegen Knie- und Fussgelenkschmerzen ins Bett. Es erkrankten die verschiedensten Gelenke, zuletzt im August die Kiefergelenke, so dass die Ernährung schwierig wurde. Gleichzeitig trat linksseitige Iritis auf, aber auch Cystitis, er gebrauchte innerlich Capaivabalsam. Da sein Zustand sich nicht besserte, brachte man ihn hierher. Patient ist ausserordentlich abgemagert, hat eine starke Blennorrhoea urethralis, die Kniegelenke stark geschwollen, besondere Empfindlichkeit des os sacrum, der linken Hüfte, Patient kann den Mund wegen der erkrankten Kiefergelenke kaum öffnen, Muskelschwund an Armen und Beinen, linksseitige Iritis mit Lichtscheu und Ciliarinjection. Die Unfähigkeit, die Beine zu heben, wurde auf Rechnung der Schmerzen geschoben. Temperatur Abends 38.2°.

Patient erhielt Jodkali und ins linke Auge Atropin. Als aber nach 5 Tagen sich Röthe und Lichtscheu des rechten Auges einstellte, wurde das Jodkali ausgesetzt und mit Quecksilber-Inunctionen begonnen. Patient



wurde täglich vor den Einreibungen ins Bad getragen, konnte nur flüssige Nahrung zugeführt erhalten; da er schon gefunden hatte, dass eine örtliche Behandlung der Urethra neue Schmerzen und Localisationen hervorrief, so wurde von solcher abgesehen. Nach 4wöchentlicher Mercurbehandlung sind die Kiefergelenke frei geworden, so dass der Mund wieder geöffnet werden kann; dagegen wanderten die schmerzhaften Schwellungen in die Fussballen, die Metacarpusknochen, die Schultergelenke bis zur Unbeweglichkeit der Arme, in die Claviculargelenke, den Nacken, die Knie, die Lenden. Nach der 30. Inunction sind die Augen geheilt, nach der 45., am 8. December, also nach fast dreimonatlicher Behandlung sind die Gelenke, auch die früher schmerzhaften Knochen, wie os sacrum, Acromium, Metacarpus geheilt. Die Urethro-Cystitis hat sich auch wesentlich gebessert. Im Januar konnte Patient geheilt entlassen werden; wohl blieben noch Urethralfäden im Harne zurück.

Am 16. November 1893 wurde er mir wieder in einer traurigen Verfassung zugebracht. Vor 7 Wochen hatte er sich wieder eine Gonorrhoe zugezogen. Zwei Wochen darauf bekam er ein krampfartiges Reissen im Kopf und Nacken, das bei geringsten Bewegungen längs des Nackens, Halses bis in den Arm ging. Starke, schmerzhafte Schwellung des rechten Knies, des Sternoclaviculargelenks. In der linken Hüfte zwischen os sacrum und tuber ischei ist eine schmerzhafte Schwellung. Das linke Bein kann wegen Schwächegefühls im Oberschenkel ohne Mithilfe der Hände nicht gehoben werden; beim Gehversuche kann dasselbe nicht vorgeschoben oder gehoben, sondern muss nachgezogen werden. Abendtemperatur 37.7°.

Therapie: Nach jedem Bade, dessen Temperatur allmählich gesteigert wurde, eine Quecksilberinunction; auf das rechte Knie Vigo-Pflaster. Als nach der 5. Einreibung Mercurialismus sich einstellte, wurde Chinin innerlich gegeben. Ins linke schmerzhafte Gesäss wurde eine zweiprocentige Europhen-Injection (Europhen in Ol.-Paraffini gelöst) gemacht; da sie günstig zu wirken schien, wurde sie wiederholt und auch subcutan in die Nähe der erkrankten Gelenke gemacht.

Am 25. November war bei ausgesprochener Besserung die Abendtemperatur 36.6°. Dennoch erkrankten abwechselnd trotz wieder aufgenommener Inunctionen die Kniegelenke, Zehengelenke, das Hüftgelenk. Es trat noch wiederholt ein schmerzhaftes, die Kopfbewegungen hemmendes Ziehen vom Hinterkopf längs dem Halse bis nach dem Vorderarme auf. Am 7. December kann Patient zum ersten Male auf dem Stuhle sitzen, mit Hilfe des Stockes besser auftreten und das früher wie gelähmte Bein vorschieben. Er fühlt sich matt und glaubt, dass er vor Schwäche nicht gehen könne. Es besteht ein bedeutender Muskelschwund. Am 11. December steigerte sich die Abendtemperatur wieder auf 37.5° unter dem Auftreten von erneuten Schmerzen im linken Hüft- und dem Kniegelenke, die auf den Gebrauch von 2 Gramm Natron salicylicum täglich sich wesentlich besserten. Dennoch zeigte sich trotz Fortgebrauch des Salicyls ein auf gelinden Druck auftretender Schmerz der rechten geschwollenen Tuberositas tibiae, des Calcaneus. Immerhin waren diese

schmerzhaften Schwellungen weniger andauernd, als früher und unter Fortgebrauch der Inunctionen konnte Patient vor Weihnachten geheilt nach Hause gehen. 1895 kam derselbe im August wieder wegen Gonorrhoe, Iritis oculi sinistri, Hüftschmerz, rechtsseitiger Ischias, Kopfschmerz nebst Schwindelgefühl und Angstanfällen in meine ständige Behandlung, nachdem er zu Hause bereits 17 Inunctionen gebraucht hatte. Gegen seine Urethritis wurden schwache Janet-Irrigationen der Urethra und der Blase gut vertragen. Patient heiratete anfangs 1896. Die bald eingetretene Schwangerschaft seiner Frau nahm einen regelmässigen Verlauf; ich hatte Gelegenheit, mich von dem gesunden Zustande der Schwangern überzeugen zu können. Dieselbe verneinte, an Fluor albus zu leiden. Auch hatte ich keine Veranlassung, die wiederholte Erkrankung mit den sich fast jedesmal deckenden Krankheitserscheinungen als eine syphilitische anzusehen, trotz der Miterkrankung der Tuberositas tibiae, denn dann müsste man alle Tripperrheumatismen als luetische ausgeben. Uebrigens kam Patient am 4. September 1896 wieder in meine Behandlung mit beiderseitiger Ischias, Schmerzen im Os sacrum und im Becken. Das Gehen, das, wie Patient sagte, im August unmöglich war, ist jetzt noch ein steifes und sehr erschwertes; vom empfindlichen Os pubis geht nach dem Perinaeum ein schmerzhaftes Ziehen, das angeblich das Gehen sehr erschwert. Patient erzählt, dass, weil er wieder Fäden im Urin sah, er einen Urethralspecialisten consultirt habe, der ihm mit der Metallsonde die Unebenheiten der Harnröhre heilen wollte, aber nach den Sondeneinführungen kam jedesmal Blut, und es traten auch die Schmerzen im Becken, im Perinaeum, in den Beinen auf, derart, dass die Beine aus dem Bette gehoben werden mussten. Erst auf den Gebrauch von Jodkali trat eine Besserung ein, die es ihm möglich machte, hierherzukommen. Pat. bekam hier Jodrubidium innerlich und Benzoe-Quecksilberinjectionen, wonach die Besserung rasche Fortschritte machte, und auch die inzwischen im rechten Kiefergelenk, im Hinterkopf neu aufgetretenen Schmerzen rasch schwanden. Die Cur wurde mit häufigen Schwitzbädern combinirt. Anfang October konnte ich den Patienten nach Hause geheilt entlassen; einige Wochen darauf zeigte er mir die Geburt eines gesunden Kindes an.

Es ist daher für mich ausser Zweifel, dass eine Mercurbehandlung bei schwerer gonorrhoischer Allgemeininfection als Heilfactor in Betracht kommen muss. Man braucht sich nicht zu scheuen, sie in einer dem Kräftezustande des oft sehr hilflosen und reducirten Kranken entsprechenden Weise zur Anwendung zu bringen.

In dem erwähnten Falle war in keinem der oft schwer erkrankten Gelenke eine Verwachsung zurückgeblieben.



Aus der königl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten
zu Breslau.

Ueber extragenitale Syphilisinfection.

Von

Dr. **F. Münchheimer** in Colberg,
ehem. Assistenten an der Klinik.

Während die Bearbeitung der extragenitalen Syphilisinfection früher nur einen spärlichen Raum in der syphilidologischen Literatur einnahm, hat sie im Laufe der letzten Jahrzehnte eine überaus grosse Zahl von Publicationen hervorgerufen, von der einfachen kurzen Mittheilung eines oder weniger Fälle an bis zu Bulkley's grossem Sammelwerke Syphilis in the innocent. Durch diese Fülle von Arbeiten haben unsere Kenntnisse von der extragenitalen Syphilisinfection eine bedeutende Erweiterung erfahren. Nicht nur sind unsere Anschauungen über die Häufigkeit, das klinische Bild und die Genese der extragenitalen Sclerosen wesentlich modificirt worden, sondern auch für eine Reihe weiterer Fragen, die sich an unseren Gegenstand anschliessen, hat besonders das letzte Decennium wichtige Erörterungen, zum Theil sogar erschöpfende Antworten gebracht. Da nun naturgemäss die Arbeiten in den verschiedensten Journalen, Dissertationen etc. zerstreut sind, so will ich, einer Anregung meines hochverehrten Chefs, des Herrn Geheimrath Neisser, folgend, versuchen, das zusammenzustellen, was aus der neueren Literatur als dauernde Bereicherung unserer Kenntnisse von der extragenitalen Syphilisinfection angesehen werden kann.

Wenn wir mit derjenigen Frage beginnen, welche von allen Autoren die gleichmässigste Beurtheilung und Besprechung erfahren hat und auch eine Erklärung für die erhebliche Stei-

gerung der Publicationen gibt, so ist dies die Frage nach der Bedeutung der extragenitalen Syphilisinfection an sich.

Die ersten Beobachtungen von zufälliger Uebertragung der Syphilis wurden schon kurz nach dem Auftreten der Syphilisepidemie in Neapel gemacht, wie aus den von Neumann [1]) citirten Angaben von Widmann (1497), Vella (1505), Caspar Torello (1497), Cataneus (1504) u. A. hervorgeht. Trotzdem sich in der Folgezeit derartige Beobachtungen häuften, ging die einmal gewonnene Kenntniss insofern verloren, als der Geschlechtsverkehr zwar nicht als ausschliessliche, einzig mögliche Ursache der Syphilisverbreitung galt, aber eine Uebertragung auf anderem Wege für äusserst selten angesehen wurde. Dies muss um so wunderbarer erscheinen, als nicht bloss einzelne Fälle, sondern ganze Epidemien von Lues insontium mit zahlreichen Opfern aus allen den Ländern bekannt wurden, in denen über den Morbus gallicus ärztliche Abhandlungen veröffentlicht wurden. Und dass auch die Zahl dieser Epidemien nicht gering war, zeigt Bulkley, indem er nicht weniger als 110 derselben mit detaillirten Daten zusammenstellen konnte, von denen folgende Tabelle wenigstens eine annähernde Uebersicht geben dürfte.

Wenn trotzdem, wie oben gesagt, die Kenntniss der extragenitalen Syphilisinfection fast ganz vergessen und erst im Jahre 1881 durch Fournier [2]) in den Vordergrund des Interesses gestellt wurde, so wird dadurch bewiesen, dass die Bedeutung der extragenitalen Syphilisinfection Jahrhunderte lang verkannt wurde.

Zunächst ist die Kenntnis der extragenitalen Syphilisinfection in praktischer Hinsicht für den Arzt von grossem Werth, da er ohne dieselbe directen Schaden anzurichten vermag. Fälle, in denen ein nicht als solcher erkannter extragenitaler Primäraffect oder die consecutive Drüsenschwellung nach demselben zu schweren, selbst letal endenden Operationen Veranlassung gab, sind leider keine Seltenheit. In dem Fall

[1]) J. Neumann. Ueber extragenitale Sclerosen. Wiener klinische Wochenschrift. 1890. Nr. 15—20.

[2]) A. Fournier. Leçons sur la syphilis. Paris 1881.

Epidemien von Lues insontium in	1577—1800				1800—1858						1858—1892									Summe
	Schröpfen u. Aderlass	and. versch. Ursachen	Stillen und Erziehung	Entbindung	Stillen und Erziehung	Entbindung	Circumcision	Vaccination	Fremden-Verkehr	Häuslicher Verkehr	Stillen und Erziehung	Entbindung	Circumcision	Vaccination	Häuslicher Verkehr	Schröpfen	Tätowiren	Glasblasen	Aerztliche	
Deutschland	4	1	2	1	3	1	2	3	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	20
Oesterreich-Ungarn .	1	—	—	1	—	—	3	—	—	—	—	—	1	2	—	—	1	—	—	9
Schweiz	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Holland-Belgien . .	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4
Italien	—	—	2	—	1	—	—	5	—	2	11	—	—	4	—	—	—	—	—	25
Frankreich	—	—	2	2	1	1	—	1	—	—	1	1	—	2	—	—	1	3	2	17
England und Irland	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	—	—	1	—	—	9
Schweden-Norwegen Dänemark	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4
Russland	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	6	—	—	1[1]	9
Amerika	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	2	—	—	9
Alexandria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Algier	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
ohne nähere Angabe	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
																	insgesamt			110

[1]) Russland 1886. Durch Quacksalberin (Augenauslecken) verursachte Epidemie bei Augenkranken.

Claude's[1]) hätte bei einer 65jährigen Frau ein ulcerirter Brustschanker beinahe die schleunige Exstirpatio mammae mit Ausräumung der Achseldrüsen zur Folge gehabt, weil er für ein Carcinom mit metastatischer Schwellung der Axillardrüsen gehalten wurde.

Siepe[2]) beschreibt einen Fall aus Doutrelepont's Klinik, in welchem die Submaxillardrüsen entfernt worden waren, ehe die 20jährige Patientin die Klinik Doutrelepont's aufsuchte, in der eine Sclerose an der Wangenschleimhaut dicht hinter dem linken Mundwinkel constatirt wurde. Auch in dem einen der Fälle, die ich der persönlichen Mittheilung des Herrn Professor Dr. Jadassohn verdanke, wurde bei einer 40jährigen Frau eine Operation (Tonsillotomie?) vorgenommen, bevor die Patientin mit den Resten eines Primäraffectes an der rechten Tonsille und secundärem Syphilid dem hiesigen Allerheiligen Hospitale überwiesen wurde, in dem ihre beiden Töchter kurz vorher wegen Primäraffecten an den Lippen behandelt worden waren. Und wenn auf dem letzten Chirurgencongresse von Esmarch[3]) angab, dass er bei Durchsicht seiner Krankengeschichten „einige 40 Fälle gefunden hat, welche mir als bösartige Neubildungen zugeschickt worden, und die sich, mit oder ohne Operation, durch die anatomische Untersuchung oder den ferneren Verlauf als Syphilis entpuppt haben" und in der folgenden Discussion König[4]) erwiderte: „Ich stehe wohl mit Ihnen allen auf dem Standpunkte, dass es uns einmal passirt, dass wir einen Tumor wegschneiden und dass wir nachher zugeben müssen, dass das ein Syphilom war," so gehen wir wohl nicht in der Annahme fehl, dass wenigstens ein Theil dieser „Syphilome" extragenitale Sclerosen gewesen sind. Denn diese sind doch wegen der secundären Drüsenschwellung mit Geschwülsten ungleich eher zu verwechseln, als andere, speciell tertiäre Producte der Lues. Diese Annahme gewinnt noch an

[1]) Claude. Étude sur la syphilis du scin. These de Paris. 1886. Ref. Annal de Dermatol. 1886 p. 774.

[2]) Siepe. Ueber extragenital localisirte Sclerosen. Inaug.-Dissert. Bonn 1892 p. 30.

[3]) v. Esmarch. Zur Diagnose der Syphilome. Bericht über die Verhandl. der deutschen Ges. f. Chir. XXIV. Congress 1895 p. 300.

[4]) König. Ebenda p. 97.

Wahrscheinlichkeit, wenn wir sehen, dass Czerny's Assistent Honsell[1]), nachdem er 105 Fälle von malignen Tumoren der Tonsille aus der Literatur kurz und eine Reihe weiterer Beobachtungen aus der Heidelberger chirurgischen Klinik ausführlich mitgetheilt hat, in seiner sonst sehr ausführlichen Besprechung der Diagnose die Lues nur mit wenigen Worten berührt; die Angabe, dass nach Castex die Anamnese vor allem entscheidend sei, und dass Poland auf „das allgemeine Aussehen des Ulcus, seinen grauen Grund, das Fehlen von Drüsenschwellungen gerade im Kieferwinkel" die Differential-Diagnose stützt, ist alles, was Honsell in Bezug auf Lues der Tonsille glaubt anführen zu müssen. Dazu kommt, dass nur allzuhäufig, wenn bei unsicherer Diagnose überhaupt an Lues gedacht wird, als entscheidendes juvans allein das Jodkali angewendet, die Möglichkeit eines nur durch Hg beeinflussbaren primären Syphilids gar nicht in Betracht gezogen wird.

Aber selbst wenn wegen Verkennung der Sclerose die schwerwiegendste Therapie, ein operativer Eingriff, unterbleibt und nur eine für das Syphilom indifferente Behandlung eingeleitet wird, begeht der Arzt leicht einen in doppelter Hinsicht verhängnissvollen Fehlgriff. Zunächst besteht die Möglichkeit, dass wegen des milden Verlaufes so vieler Syphilisfälle während der Frühperiode überhaupt gar nicht mehr eine Veranlassung an den Arzt herantritt, eine Syphilisbehandlung in Betracht zu ziehen und das Quecksilber anzuwenden, und zweitens unterbleiben dann wohl stets alle Vorsichtsmassregeln zur Verhütung weiterer Infectionen.

Wie schwerwiegend nun in ersterer Hinsicht die Unterlassung ist, darüber kann nach dem heutigen Stande der Wissenschaft gar kein Zweifel sein. Die Ansichten über die beste, zweckmässigste Art der Quecksilberbehandlung differiren in Bezug auf den Zeitpunkt, in welchem die Therapie beginnen soll, in Bezug auf die Dauer der Behandlung, die Zahl der Curen, die Wahl des Präparates und die Art ihrer Application. Ob die Fournier-Neisser'sche chronisch intermittirende oder

[1]) B. Honsell. Ueber maligne Tumoren der Tonsille. Beiträge zur klin. Chirurgie. XIV p. 787.

symptomatische Behandlung im Sinne Kaposi's, Caspary's u. A., ob Inunctionen resp. Ueberstreichungen, wie Welander sie empfiehlt, oder Injectionen mit löslichen oder unlöslichen Präparaten, ob Frühbehandlung oder Einleitung der Mercurtherapie erst nach Auftreten constitutioneller Symptome, darüber sind ja freilich die Ansichten der verschiedenen Schulen bis in die allerneueste Zeit getheilt.

Aber dass das Quecksilber ein Specificum und seine Anwendung in jedem Falle von Lues indicirt ist, wird von allen Autoritäten übereinstimmend anerkannt. So erhob sich auf dem letzten dermatologischen Congress in Graz (September 1895), wo sich ein sehr lebhafter Kampf über die Syphilistherapie entspann, keine einzige Stimme, welche die Nothwendigkeit der Quecksilber-Application bei Lues in Frage gezogen hätte. Allerdings hat seitdem ein um die Geschichte und die Bibliographie der Lues hochverdienter Autor, J. Proksch einen energischen Feldzug gegen das Quecksilber, nicht bloss gegen die intermittirende Behandlung, begonnen. Wir bezweifeln aber sehr, ob es ihm gelingen wird, viele „antimercurialistische" Anhänger zu gewinnen.

Doch, wie gesagt, auch abgesehen von dem Standpunkt, den der eine oder der andere in den verschiedenen Fragen der Quecksilberbehandlung einnimmt, ja selbst ohne Rücksicht darauf, dass nach der Verkennung der Initialsclerose bisweilen jede Gelegenheit fehlt, Hydrargyrum in Anwendung zu ziehen, ist es wichtig für den Arzt, den Primäraffect des Lues zu diagnosticiren. Denn **bei manchen Visceralleiden** wird oft nur die **positive Anamnese** der Syphilis über die Natur der Herz-, Lungen- etc. Erkrankung eine Aufklärung geben und den richtigen Weg für die Therapie weisen.

Vor allem aber wird nur durch eine frühzeitige Diagnose die Verhütung weiterer Infectionen ermöglicht. Wegen der hochgradigen Contagiosität des luetischen Primäraffectes, die ja von dem Sitz desselben völlig unbeeinflusst bleibt, sind gerade die an den Lippen und in der Mundhöhle localisirten Primäraffecte leider nur zu oft die Quelle von Syphilisation ganzer Familien, von Uebertragung der Krankheit auf Haus- und Arbeitsgenossen. Von derartigen Endemien



hat jüngst erst Gebert[1]) aus Blaschko's Poliklinik eine berichtet, die nicht weniger als drei verwandte resp. befreundete Familien betraf und im ganzen 9 Personen als Opfer zählte; auch ich habe ausser der oben erwähnten familialen Endemie -- bei der es sich um ein 15jähriges durch das Essgeschirr ihrer syphilitischen Herrin inficirtes Dienstmädchen, deren Mutter und Schwester handelte — noch eine zweite zu berichten, in der die durch Küsse seitens eines luetischen Verwandten herbeigeführte Lippensclerose eines einjährigen Kindes die Infection der Eltern und dreier Geschwister zur Folge hatte.

Selbst die grossen, die Mehrzahl der Bevölkerung ganzer Dörfer und Städte, ja sogar ganzer Länderstriche umfassenden Endemien, von denen die anhangsweise folgende Analyse der von Bulkley übersehenen und post-Bulkley'schen Literatur einige neuere Beispiele enthält, beruhten grössentheils auf solchen zufälligen Uebertragungen im häuslichen und geselligen Verkehr. Ganz besonders unter Hinweis auf solche Vorkommnisse wird von verschiedenen Autoren gefordert, dass den mit extragenitalen Sclerosen Behafteten detaillirte Rathschläge betreffs Vermeidung weiterer Infectionen ertheilt werde, ja es soll sogar **bei Schankern an und im Munde** ausnahmslos die **Hospitalbehandlung** des Kranken angestrebt werden.

Ganz besondere Vorsichtsmassregeln kann der Sitz der Initialläsion, die frühzeitige Erkennung derselben oder auch nur der Verdacht auf ihr Vorhandensein erfordern, wenn ein Arzt oder eine Hebamme einen Schanker an der Hand resp. an den Fingern acquirirt haben. Wie häufig dies vorkommt, das beweist schon die Angabe Bulkley's[2]), dass von den 462 Primäraffecten an Fingern und Hand, die er aus der Literatur zusammenstellen konnte, die Majorität Geburtshelfer und Hebammen betraf; und wie gefährlich auf der anderen Seite diese Localisation ist, dafür sprechen die zahlreichen Fälle von Infectionen, die im Wochenbett beobachtet sind, mehr als genug.

---

[1]) Gebert. Berl. med. Ges. Sitz. v. 12. Febr. 1896. Refer. Berl. klin. Wochenschr. 1896. 8 p. 172.

[2]) Bulkley l. c.

Wie sollten sich nun Arzt oder Hebamme, die einen Initialaffect acquirirt haben, verhalten? Sollen sie auf die Fortsetzung ihres Berufs bis zu erfolgter gänzlicher Heilung der Sclerose völlig verzichten oder kann ihnen die Ausübung ihrer beruflichen Thätigkeit unter gewissen Bedingungen, mit bestimmten Vorsichtsmassregeln gestattet werden? „Das Bestehen von Efflorescenzen an den Händen," sagt Neisser,[1]) „wird als stricte Contraindication gegen die Ausübung praktischer operativer Thätigkeit zu gelten haben, sofern es nicht gelingt, in sicherer Weise mechanisch die Krankheitsheerde absolut abzuschliessen." Als derartig wirksame Schutzmassregeln empfahl Neisser damals für die Syphilide an den Fingern nach dem von Fritsch in der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur gemachten Vorschlage das Anlegen eines gut sitzenden, eng abzuschliessenden Gummifingers; für luetische Affectionen an den Händen Application festhaltender Pflaster etc. Er betonte dabei ausdrücklich, „dass jeder Fall für sich zu prüfen und zu beurtheilen ist" und in Folge dessen „dem Arzt die Verantwortung für jeden einzelnen Fall überlassen bleiben muss", und für Hebammen, „deren medicinischem Iudicium man gar nicht, deren Gefühl von Verantwortlichkeit man nur sehr wenig vertrauen darf", strengere Regeln gelten müssten.

Nun kann aber der Arzt auch auf andere Weise extragenitale Infectionen verschulden. In der älteren Literatur fanden sich Beispiele dafür fast nur in den Publicationen über Gesundheitsschädigungen durch die Vaccination und da ist es ja bekannt, dass mancherlei diagnostische Irrthümer, z. B. Epidemien von Impetigo contagiosa nach der Impfung, unter den allerdings leider recht zahlreichen Fällen von Impfsyphilis mit untergelaufen sind. Die Casuistik von Impfsyphiliden ist während der letzten Jahrzehnten erfreulicher Weise weit seltener und, wenigstens in Deutschland, so gering geworden, dass sie einigermassen objectiven Gegnern des Impfzwanges kein genügendes Material mehr für Agitationen abgibt, Dank der Er-

[1]) A. Neisser. Dürfen syphilitisch inficirte Aerzte ihre ärztliche Thätigkeit fortsetzen? Sep.-Abdr. aus dem Centralbl. f. Chir. 1889. Nr. 39.

setzung der humanisirten durch die animale Lymphe. Diese Abnahme der Vaccinationssyphilis dürfte aus folgender Tabelle ersichtlich sein, welche die von Berliner[1]) aus Bulkley's Angaben zusammengestellte **bis Ende 1895** ergänzt und — gleich dieser — auch das Verhältniss der Vaccinationssyphilis zu den überhaupt publicirten extragenitalen Infectionen zeigt.

	Zahl der extragenit. Infectionen	Davon durch Vaccination	Procentsatz
Vereinigte Staaten	1339 (1297)	887 (887)	66·2 (68)
Grossbritannien, Irland und Colonien	590 (558)	204 (204)	34·6 (37)
Italien	1003 (921)	209 (209)	20·8 (23)
Oesterreich-Ungarn	902 (829)	121 (121)	13·4 (15)
Frankreich, Belgien u. Colonien	2778 (2635)	370 (368)	13·3 (14)
Deutschland, Schweiz u. Holland	1082 (774)	59 (54)	5·4 (7)

(Die in Klammern eingefügten Zahlen sind die von Bulkley-Berliner.

Aber die neuere Literatur hat zahlreiche Beispiele dafür geliefert, dass auch bei anderen ärztlichen Massnahmen Uebertragungen der Lues von einem auf den andern Patienten relativ häufig sich ereignen. In erster Reihe scheinen die zahnärztlichen Instrumente die Vermittler zu spielen, aber auch die Tubencatheter, Zungenspatel, Specula und Urethralcatheter, Injectionscanülen, Verbandstoffe etc. sind so häufig als Infectionsvermittler nachgewiesen und so viele Fälle von Syphilisübertragung bei Operationen,

[1]) Berliner. Seltene Localisation der Initialsclerose mit Bemerkungen über die Verbreitung der Syphilis auf extragenitalem Wege. Monatsh. f. prakt. Dermatolog. 1895 p. 384.

grösseren sowohl wie namentlich Venaesectionen, Transplantationen, Scarificationen etc. berichtet worden, dass z. B. Richard d'Aulnay's[1]) Zusammenstellung einzelner Infectionsmodi zur Evidenz lehrt, wie viel die Durchführung der Asepsis nicht nur in der Praxis des einzelnen Arztes, sondern auch in Krankenhäusern noch immer zu wünschen übrig lässt. In jüngster Zeit ist der **Lapisstift** besonders nachdrücklich für Uebertragungen der Lues auf Kranke durch den Arzt verantwortlich gemacht worden, indem Fournier ihn, resp. die Hülse für so gefährlich erklärt, dass er denselben ganz aus den Hospitälern verbannt wissen will.

Noch ein weiterer socialer Gesichtspunkt ist von wesentlicher Bedeutung. Eben dadurch, dass man früher allgemein die Lues insontium für selten hielt, lastet jetzt auf der Syphilis das Odium, dass sie auf „unmoralischen Lebenswandel" auf „geschlechtliche Ausschweifungen" im Einzelfalle zurückzuführen sei. Dadurch ist es gekommen, dass das grosse Publicum jeden Syphilitischen für eine Art von Paria hält, dass selbst Aerzte die aus genitaler Infection hervorgegangenen Syphilisfälle gewissermassen brandmarken, als „Syphilis pravorum". Ein Ausfluss dieser allgemeinen Anschauung ist, dass in Deutschland ein Wohlthätigkeits-, ein für die Unterstützung kranker Personen Fürsorge treffendes Gesetz, das Krankenkassengesetz, einen Paragraphen 6a enthält, der den syphilitischen, wie überhaupt venerisch Kranken einen wesentlichen Theil der Vortheile versagt, die es allen anderen Kranken sichert.

„Ich persönlich," erklärte jüngst Neisser,[2]) „halte die Ausnahmestellung, welche man nach dem Krankenkassengesetz den venerisch Kranken zuweist, überhaupt für ein grosses Unglück, namentlich im hygienischen Interesse. Es ist ja klar, dass eine derartige Verfehmung der Syphilis einen wesentlichen Hemmschuh für alle Bestrebungen bildet, eine weitere Propagation der Lues zu verhindern. Im Einzelfalle wagt der Kranke, der nach einem extra-matrimonialem Verkehr sein Leiden auf-

---

[1]) Richard d'Aulnay. Des divers modes de contagion dans la Lues acquise. Journ. de mal. cut. et syph. 1895. Nr. 8 p. 470.

[2]) Neisser. Schles. Gesellsch. f. vaterl. Cultur. Sitz. v. 24. Jan. 1896. Allg. med. Centr.-Ztg. 1896. Nr. 19 p. 226.

treten sah, es nur zu oft nicht, seinen Arzt zu consultiren, weil die ärztliche Behandlung eines wenig oder gar nicht Beschwerden verursachenden Leidens ihm nicht den Schaden ersetzen kann, der ihm in materieller Hinsicht durch die Entziehung des Krankengeldes erwächst, sobald der Arzt vorschriftsmässig die von ihm gestellte Diagnose der Kasse mitgetheilt hat. Der Betreffende lässt daher seine Affection ganz ohne Behandlung oder bezieht sich nur in die eines Kurpfuschers, dessen Discretion er, wie nun einmal bei uns die Sache trotz der Bestimmungen über das Berufsgeheimniss liegt, sicherer ist, wie der des Arztes, und verbreitet seine Krankheit mangels genügender Aufklärung und Warnung natürlich auf genitalem wie auf extragenitalem Wege ruhig weiter." Ferner aber verhindert der Ruf, in dem die Lues allgemein steht, auch die einzig zweckmässige Prophylaxe, die wie bei allen anderen Krankheiten doch nur darin bestehen kann, dass das Publicum selbst die Bemühungen der Aerzte und der Sanitätspolizei unterstützt, die Erwerbung der Krankheit zu vermeiden lernt. Hierfür ist aber eine vorsichtige Aufklärung über die Bedeutung der venerischen Krankheiten und vielleicht auch eine Belehrung, wenigstens der Männer, über einzelne Symptome, wie das Leucoderm, die allgemeine Drüsenschwellung etc. ein rationelles Erforderniss, zur Zeit aber absolut nicht durchführbar, da bei den heut allgemein verbreiteten Anschauungen kein Arzt es wagen darf, derartige „anstössige" Erörterungen z. B. in Vereinen junger Leute vorzubringen.

In der Erkenntniss der extragenitalen Syphilisinfection haben wir ein Mittel, die Syphilis quasi zu rehabilitiren. Nur dadurch, dass an der Hand eines möglichst grossen Materials gezeigt wird, wie häufig die Krankheit auch ausserhalb des Geschlechtsverkehrs übertragen wird, auf „Unschuldige", wie vielfach die Wege sind, auf denen sie sich verbreiten kann und notorisch verbreitet, nur dadurch lässt sich hoffen, das Odium von der Syphilis zu nehmen und Bestimmungen wie die des Krankenkassengesetzes zu beseitigen.

Wesentlich von den oben erörterten Gesichtspunkten aus ist die nachstehende Ergänzung der früheren Mittheilungen über die in der Breslauer dermatologischen Klinik constatirten

extragenitalen Infectionen durch Sammlung der neu observirten Fälle für wünschenswerth erachtet worden. Protzek[1]) hat in seiner Inaugural-Dissertation über das Material, das in den Jahren 1879 bis Anfang September 1890 hier vorlag, ausführlich berichtet. Er hatte gefunden, dass unter 7062 wegen Syphilis behandelten Personen, von denen 3090 männlichen und 3972 weiblichen Geschlechts waren, sich 93, nämlich 46 Männer und 47 Frauen befanden, bei denen die Infection eine extragenitale war. Es betrug somit der Procentsatz für die extragenitale Infection im Ganzen 1·32 in seiner Beobachtungszeit, und zwar 1·49% bei Männern und 1·18% bei Frauen. **Vom 6. September 1890 bis zum 31. December 1895 weisen nun die Journale der Klinik 46 Fälle auf, in denen eine zufällige Uebertragung der Syphilis sicher stattgefunden hatte**; 21 derselben betrafen männliche und 25 weibliche Individuen, unter den ersteren 12 Erwachsene und 9 Kinder, unter den letzteren 19 bezw. 6. Die Primäraffecte selbst wurden nur in 40 Fällen beobachtet.

Localisirt waren 23 Sclerosen an den Lippen, und zwar an der Unterlippe bei 5 Männern und 6 Frauen, an der Oberlippe bei 3 Männern und 6 Frauen, an der Lippe ohne nähere Angabe bei 1 Frau, 1 Knaben und 1 Mädchen.

2 Sclerosen am linken Mundwinkel, bei 1 Knaben und 1 Mädchen.

5 an den Tonsillen, nämlich an der linken bei 2 Frauen, an der rechten bei 1 Mädchen, an den Tonsillen bei 2 Knaben.

1 am Arcus palato-glossus (Mann).

2 an den Fingern (Hebammen).

1 an der Mamma (Frau).

1 an der Stirn (Mann).

1 am linken unteren Augenlid (Mädchen).

1 an der Conjunctiva bulbi (Mann).

1 am rechten Vorderarm (Mann).

1 am Anus auf einem Hämorrhoidalknoten (Frau).

Endlich glaube ich noch einen Primäraffect am Präputium hier mitrechnen zu müssen, da derselbe, obwohl genital, zur

[1]) Protzek. Ueber extragenitale Primäraffecte und ihre Diagnose. Inaug.-Dissert. Breslau 1891.

Lues insontium gerechnet werden muss. Es handelte sich um ein 2jähriges Kind, dessen Mutter eine recente Lues aufwies.

Was die restirenden 6 Fälle anlangt, in denen die Initialsclerose nicht mehr aufzufinden war, so betrafen 5 derselben Kinder (3 Knaben und 2 Mädchen), bei denen die massige Schwellung der Submaxillardrüsen darauf hinwies, dass die Mundhöhle die Eingangspforte des syphilitischen Virus gebildet hatte.

In dem letzten Falle handelte es sich um eine frische Lues bei einer 13jährigen Virgo, deren Infection vermuthlich durch eine syphilitische Hausgenossin, eine puella publica, herbeigeführt war.

Der Infectionsmodus blieb in den meisten unserer Fälle völlig unaufgeklärt; in mehreren wurden Küsse als Infectionsvermittler angegeben. In einem Falle, bei der Sclerose am Vorderarm, konnte sicher constatirt werden, dass Tätowirung das ursächliche Moment für die Lues abgegeben hatte.

Während des Zeitraumes, auf den sich unsere Beobachtungen erstrecken, war die Verlegung der Klinik aus den Räumen des städtischen Allerheiligen-Hospitals in ein eigenes Gebäude an der Maxstrasse und damit eine wesentliche Aenderung des Krankenmaterials erfolgt. Vor dem 1. August 1892, dem Verlegungstermine, hatte die Prostituirtenabtheilung einen nicht geringen Antheil an der Gesammtzahl der Syphilisfälle unserer Klinik. Dieses beträchtliche Contingent kam dann in Wegfall. Es lag daher nahe, eine von Protzek aufgestellte Hypothese auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Protzek[1]) sagt, nachdem er seine Berechnung des Procentsatzes der extragenitalen Sclerosen mitgetheilt hat: „Wer diese Zahlen mit anderen statistischen Angaben vergleicht, dem wird zweierlei dabei auffallen; 1. der geringe Procentsatz der extragenitalen Infection überhaupt, 2. der höhere Procentsatz bei Männern.“ Er führt beide Momente auf dieselbe Ursache zurück, darauf, „dass der grösste Theil der hier zur Behandlung gekommenen Weiber zu den puellae publicae gehört, bei denen natürlich extragenitale Infectionen sehr selten vorkommen“. — Ich habe nun das Verhältniss der extragenital zu den genital Inficirten



getrennt für die beiden in Bezug auf die Zusammensetzung des Krankenmateriales so verschiedenen Perioden meiner Beobachtungszeit vorgenommen. Das Resultat war das erwartete und ist aus folgender Tabelle ersichtlich:

		Zahl der Syphilis-fälle überh.	Zahl der Primär-affecte überh.	Zahl der extragen. Primär-affection	Verhältniss der extragen. zu den Syph.-Fäll. überhaupt	Verhältniss der extragen. zu den Primäraff. überhaupt
Von Sept. 1890 bis 1. Aug. 1892	männl.	578	193	8	1·38%	4·15%
					1%	6·1%
	weibl.	717 [1]	19	5	0·77%	26·13%
P. p. Abth. zur Klinik gehörig						
Vom 1. Aug. 1892 bis 31. Dec. 1895	männl.	1269	420	13	1·02%	3·09%
					1·5%	6·9%
	weibl.	964	61	20	2·07%	32·79%

[1]) Darunter 2 stuprirte 13jährige Mädchen.

Wir sehen also, dass der Procentsatz der extragenital Inficirten sich zwar im Ganzen nur unbedeutend änderte (1·0 : 1·5), dass aber eine wesentliche Verschiebung eingetreten ist, wenn man die einzelnen Geschlechter gesondert betrachtet. Das Verhältniss der extragenital inficirten Männer zu den extragenital inficirten Frauen hat sich umgekehrt: So lange die öffentlichen Dirnen in der Klinik behandelt wurden, war der Procentsatz bei den Männern wesentlich höher als bei den Frauen und als dieses Krankencontingent in Fortfall kam, stieg der Procentsatz bei den Frauen auf das Dreifache und wurde doppelt so hoch als der bei Männern. Es hat sich somit Protzek's Annahme bestätigt, dass die Zusammensetzung des Krankenmateriales, die Zugehörigkeit der Prostituirten zu demselben, einen wesentlichen Einfluss auf die nach dem Geschlecht gesonderte Procentberechnung der Infectionsart ausüben kann und hier in der Klinik ausgeübt hat.

In dem anderen (dem ersten) Theil seiner Hypothese ist jedoch Protzek zu einem falschen Schlusse gekommen, weil er von einer falschen Voraussetzung ausging. Er hatte gar

keinen „abnorm niedrigen Procentsatz der extragenitalen Infection überhaupt" gefunden. Protzek hat — und ich gehe darauf näher ein, weil auch in anderen Publicationen, z. B. der Krefting's, derselbe Fehler gemacht wird — die Procentangabe verschiedener Autoren mit einander bezw. mit der seinigen verglichen, ohne die **Art der Berechnung** in Betracht zu ziehen. Die niedrige Zahl, die sich ihm und anderen Autoren bei der Relation der extragenitalen Sclerosen auf die Gesammtzahl der Syphilisfälle (oder Personen) [1]) ergab, hat Protzek mit der naturgemäss viel höheren Zahl verglichen, welche von einzelnen Beobachtern bei Berechnung der Fälle von Lues insontium auf Primäraffecte **allein** gefunden wurde.

In Folge dessen konnte die procentuale Berechnung in der zweiten Periode meiner Beobachtungszeit, der Fortfall der Prostituirten in dem Krankenmateriale die von Protzek constatirte Differenz nicht ausgleichen.

Ich habe daher auch die letztere Berechnungsart angewendet und da zeigt es sich, dass auch in einer Zeit, in der die öffentlichen Dirnen in der Klinik behandelt wurden, der Procentsatz der extragenitalen Infection ein den Angaben anderer Autoren correspondirender war. Er beträgt 4·15 für Männer und 26·13 für Frauen, im ganzen 6·1% in den Jahren 1890—1892. Diese Zahlen sind freilich niedriger als die von Protzek seinem Befunde gegenübergestellten aus Amsterdam und Kasan (10 resp. 9), aber sie entsprechen einer Reihe anderer Angaben wie folgende, etwas modificirte und von mir mit Procentberechnung versehene Tabelle Bulkley's [2]) zeigt.

Für die Frage, ob die extragenitale Infection überhaupt oder auch nur im Verhältniss zur genitalen während der letzten Decennien zugenommen hat, können die Zahlen aus der Breslauer Klinik einen Beitrag nicht liefern.

Erstens sind die Differenzen, die zwischen Protzek's und meiner Berechnung bestehen, zu gering; zweitens aber

---

[1]) Es ist gewiss ein grosser Unterschied, ob „Fälle" oder „Personen" genommen werden, doch kommt dies hierbei nicht in Betracht.

[2]) Die Angaben der russischen Autoren scheinen irrthümlich in die Tabelle Bulkley's aufgenommen; der Procentsatz Joseph's ist von mir neu eingefügt.

Verhältniss der extragenitalen zur Gesammtzahl von Schankern.

	Gesammt-zahl	Genitale u. perigenit. Sclerosen	extragenit. Sclerosen	Verhältniss d. extragen. z. Gesammt-zahl
Bassereau, Robert Fournier und Lefort. Hôp. du Midi. Paris.	1513	1445	68	4·5
Clerc-Hôp. St. Lazare und Martineau-Lourcine. Paris.	633	596	37	5·8
Carrière, Burlet, Nodet-Hôp. Antiquaille Lyon.	248	219	29	11·7
Siegmund, Mracek, Zeissl-Allgemeines Krankenhaus Wien und Lang-Innsbruck.	1860	1732	128	6·9
Pellizzari-Arces ped. d. S. Maria-Nuova. Florence; Breda-Padua u. A. Lorenzo Neapel.	602	548	54	8·9
Joseph-Berlin.	898	848	50	5·6
Summe . .	5754	5388	366	6·4

hat nicht nur der Fortfall der Prostituirtenstation das Krankenmaterial der Klinik wesentlich geändert, sondern auch durch die Verlegung der Klinik in einen anderen Stadttheil, neue Verträge mit Krankenkassen etc. ist ein unberechenbarer Einfluss ausgeübt worden. Diese wichtige Frage wurde schon vor ca. 12 Jahren von Fournier[1]) in seiner Klinik aufgeworfen und beantwortet: Il y a vingt-cinq ans à peine, que les chancres extragénitaux passaient pour excessivement rares, pour une véritable curiosité. Aujourd'hui ils abondent et surabondent dans le services de St. Louis. Pourquoi? Sont ils devenus subitement plus nombreux? ou bien l'espèce humaine est — elle tout d'un coup devenue plus vicieuse? Non, la vérité — et elle est tout à la gloire des médecins en général et de syphiligraphes en particulier — est qu'on a appris à les mieux

[1]) Lavergue et Perrin. Contribution à l'étude des chancres extra-genitaux. Annal. de Dermatol. 1884 p. 332.

connaître et qu'un bon nombre des chancres qui passaient inaperçus auparavant, n'échappent plus aujourd'hui á l'oeil de l'observateur.

Uebrigens ist ja keinerlei Grund vorhanden, anzunehmen, dass wirklich eine Zunahme stattgefunden hat; im Gegentheil. Wir wissen, dass die hygienischen Verhältnisse, die Dichtigkeit des Zusammenlebens, die Prophylaxe contagiöser Krankheiten im Allgemeinen und alle die anderen Momente, welche eine gelegentliche, aussergeschlechtliche Uebertragung der Syphilis begünstigen, sich erheblich gebessert haben! In der That zeigt Krefting's [1]) Tabelle, dass in der Klinik zu Christiania die Zahl der extragenitalen Infectionen während der Beobachtungszeit von 25 Jahren absolut und relativ gesunken ist, und K. erklärt diese Abnahme mit der Steigerung der Furcht vor ansteckenden Krankheiten, „welche die Lehre von den Bakterien selbst bei dem weniger aufgeklärten Theil der Bevölkerung hervorgerufen hat".

Ueber die absolute Häufigkeit der extragenitalen Sclerosen können die vorliegenden Arbeiten resp. Zahlen keine Aufklärung geben, da die Ziffer der verkannten und der nicht publicirten Fälle diejenige der literarisch verwertheten zweifellos weit überragt, und da vor allem die nicht schmerzhafte „Blatter", als welche der Primäraffect dem Laien erscheint, sehr häufig gar nicht zur ärztlichen Cognition gelangt.

In Folge dessen sind meines Erachtens auch alle die Angaben über die relative Häufigkeit der Affection für die Frage nach der absoluten Häufigkeit schwerlich verwerthbar.

Dennoch ist es wichtig, möglichst alle einschlägigen Fälle zu sammeln. Bulkley hat dies in einer früher nicht erreichten Weise gethan, indem er alle bisher publicirten Beobachtungen in einem nicht weniger als 140 Seiten umfassenden Register übersichtlich zusammenstellte. Er hat ferner alle Fälle von Lues insontium, bei denen der Sitz der Initialläsion von den Autoren angegeben war, in einer grossen, 9058 Fälle

[1]) Krefting. Extragenitale Syphilisinfection. 539 Fälle. Arch. f. Dermat. u. Syph. XXVI. Heft 2 p. 173 u. 174.



umfassenden Tabelle zusammengestellt. Berliner[1]) hat diese interessante Aufstellung um eine „Collection Krefting" (280 Fälle) und eine „Collection Berliner" (86 Fälle) erweitert, die er aus der post-Bulkley'schen Literatur gesammelt hat. Aber da die Angaben Berliner's unvollständig sind — wohl weil diesem Autor nicht eine grössere klinische und Universitäts-Bibliothek zur Verfügung stand, wie ich sie benutzen konnte — so glaube ich meine, viele Monate vor der Publication der Arbeit Berliner's begonnene, **bis zum I. Januar**

Localisation von extragenitalen Primäraffecten	Lippen	Brust und Brustwarze	Mundhöhle	Finger und Hände	Augenlider u. Conj.	Tonsillen	Rachen- u. Nasenhöhle	Zunge	Kinn	Wangen
Frankreich, Belgien und Colonien	813	244	168	118	182	138	100	91	96	70
Russland, Polen und Asien	271	372	451	57	73	183	107	20	17	10
Vereinigte Staaten	118	28	19	80	37	29	10	11	8	20
Italien	187	378	59	21	16	26	4	6	19	20
Oesterreich-Ungarn	263	19	21	113	18	33	9	12	15	11
Deutschland, Schweiz und Holland	349	117	12	54	32	56	22	4	8	15
Grossbritanien, Irland und Colonien	95	40	9	66	56	15	9	13	2	13
Dänemark, Norwegen und Schweden	183	81	11	10	38	24	27	17	1	—
Spanien, Portugal, Mexiko und Brasilien	6	4	1	3	10	—	2	1	—	2
Rumänien, Türkei	1	1	1	1	—	—	—	—	—	1
Argentinien	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	2285	1283	751	522	463	504	290	175	166	161
	(1810	1148	734	462	372	307	264	157	146	145
%	22·25	12·49	7·32	5·08	4·51	4·91	2·83	1·71	1·61	1·57

[1]) Berliner. Seltene Localisation der Initialsclerose mit Bemerkungen über die Verbreitung der Syphilis auf extragenitalem Wege. Monatsh. f. prakt. Derm. 1895. 1. Nr. 7 p. 376.

1896 reichende Fortsetzung und Ergänzung der Bulkleyschen Table of Localisation bekannt geben zu dürfen.

Diese Localisationstabelle zeigt nun auch, dass jede beliebige Stelle der Körperoberfläche Sitz der Initialläsion werden kann. Wenn nun Gerber[1]) berichtet, dass auch Primäraffecte im Kehlkopf beobachtet seien und als Gewährsmann dafür Poyet citirt, so liegt ein Irrthum vor, denn in der von Gerber citirten Arbeit erklärt Poyet:[2]) Inutile de dire tout d'abord que l'on n'observe jamais au larynx l'accident initial,

Stamm	Nase	Anus	Peri-Genital	Unterextremitäten	Vorderarm	Hals	Zahnfleisch	Stirn und Schläfen	Ohren	Vaccination	Circumcision	Schröpfen u. Aderlass	Tätowiren	Total
41	67	71	24	45	23	33	21	15	18	370	—	10	20	2778
51	14	8	10	10	4	6	5	6	—	15	311	119	—	2120
1	10	4	1	2	5	2	9	5	3	887	—	6	44	1339
7	8	6	4	13	3	5	3	6	3	209	—	—	—	1001
7	10	6	2	5	11	1	5	6	2	121	180	32	—	902
9	8	13	36	7	5	1	7	4	3	59	254	5	2	1083
2	7	—	3	6	8	3	6	3	—	204	—	7	23	590
2	1	—	—	4	—	—	1	5	1	7	1	—	—	415
2	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	35
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
124	125	108	80	92	60	51	57	50	30	1872	746	179	91	10265
100	95	87	77	73	59	47	42	37	27	1863	745	179	82	9058)
1·19	1·21	1·05	0·08	0·09	0·06	0·049	0·056	0·089	0·029	18·24	7·27	1·74	0·09	—

[1]) Gerber. Die Manifestation der Syphilis in den oberen Luftwegen. Dermatol. Zeitschrift. II. 1895 p. 1.

[2]) Poyet. Contribution à l'étude de la syphilis laryngée. Annal. de dermat. VI. 1874—1875 p. 2987.



c'est-a-dire le chancre. La situation même de l'organe suffit pour expliquer l'absence sur ce siège d'un symptôme de contagion.

Dass aber jede der Berührung zugängliche Stelle des menschlichen Körpers, wie Hunter es schon angab, die Eingangspforte des syphilitischen Virus zu werden vermag, das kann nicht wunderbar erscheinen, wenn man Zusammenstellungen aller von den Autoren für das Zustandekommen der Syphilisinfection verantwortlich gemachten Gelegenheiten durchsieht. Bulkley[1]) hat eine derartige Zusammenstellung gegeben. Er führt unter Eintheilung in 3 Hauptgruppen Syphilis oeconomia, brephotrophica und technica über 100 **Uebertragungsarten** an, D'Aulnay[2]) hat für zahlreiche Wege sowohl der directen wie der indirecten Infection eine beträchtliche Zahl von Belegen aus der Literatur zusammengestellt und neuerdings hat kein Geringerer als Hutchinson[3]) es als sehr wohl möglich hingestellt, dass auch durch Epizoen die Syphilis übertragen werden kann. Nun ist ja freilich kein Zweifel, dass die Angaben der Patienten über die Ursache ihrer Erkrankung — und auf diesen Angaben basiren naturgemäss die ärztlichen Mittheilungen — sehr häufig falsche sind. So hat Fournier vor Kurzem in seinen Vorlesungen darauf hingewiesen, dass wenigstens in Paris, wo der perverse Geschlechtsverkehr sehr verbreitet ist, wo jeder weiss, dass auch andere „sündigen", der coit anormal jetzt weit mehr wie früher von den Männern als Ursache ihrer Schanker am und im Munde eingestanden wird. In gleicher Weise ist wohl anzunehmen, dass manche von den auf „zufällige" Infection (im Closet etc.) zurückgeführten Analsclerosen durch Paederastie herbeigeführt sind, die der betreffende Patient wegen der in den meisten Staaten bestehenden Strafgesetze nicht wagt einzuräumen. Aber andererseits ist die Zahl der Fälle, in denen eine wirklich zufällige, innocente Uebertragung durch die verschiedensten Gegenstände nachgewiesen ist, eine so bedeutende, dass man

---

[1]) Bulkley l. c.

[2]) Richard d'Aulnay l. c.

[3]) Hutchinson. Syphilis trough Fleabite. Arch. of surg. Oct. 1895. Ref. Med. News. LXVII. 7. XII. 1895.

die Möglichkeit der Syphilisübertragung durch jedes beliebige Object zugeben muss. Es wird daher im Einzelfalle kaum jemals möglich sein, die Angabe eines Patienten, z. B. vor Gericht direct für absurd zu erklären und andererseits wird man stets den mit einer extragenitalen Sclerose Behafteten, der seine Erkrankung von einer bestimmten Ursache ableitet, darauf aufmerksam machen müssen, dass wegen der grossen Zahl von Wegen, auf denen die Syphilis eindringen kann, seine Meinung nicht absolut beweisbar ist und z. B. eine Schadenersatzklage wegen fahrlässiger Körperverletzung aussichtslos und undurchführbar ist.

Auch für die Frage nach dem klinischen Bilde der extragenitalen Sclerose sind viele schätzenswerthe Beiträge in der neueren Literatur niedergelegt, sowohl durch Beschreibungen einzelner Fälle als auch durch Monographien über die Primäraffecte an einzelnen Körperstellen. Aus allen diesen Mittheilungen können wir kurz resumiren, dass der Primäraffect an allen möglichen Körperstellen in gleicher Weise auftreten kann, dass er bald nur als kleine Rhagade mit geringer Induration auftritt, bald als typischer Hunter'scher Schanker, dann wieder als flache, oft schorfbedeckte Erosion mit deutlicher Härte oder auch als tiefere Ulceration, der jede specifische Induration fehlt. Aber auch ein ganz abnormes Aussehen kann er unter Umständen bieten. So hat Gastou einen Primäraffect am Bauche in Gestalt einer 6 Cm. langen und 4 Cm. breiten Ulceration von elliptischer Form beobachtet. Der Grund der Ulceration war von warzenförmigen Wucherungen gebildet, die das Aussehen frischer Granulationen darboten und bei der geringsten Berührung bluteten, die Ränder waren erhaben und, wie auch die ganze Ulceration, hart. Bei einzelnen Localisationen der Sclerose kann jedoch durch die Beschaffenheit des Gewebes, in der dieselbe entsteht, oder durch die Umstände, unter denen die Uebertragung erfolgt, die Initialläsion eine besondere charakteristische Modification ihres Aussehens und ihres Verlaufes erhalten. So zeichnen

[1]) Gaston. Soc. franç. de dermat. Ref. Annal. 1893 p. 1307.

sich nach Krelling[1]) die Sclerosen der Augenlider durch „ungemein harte Induration und nicht selten grosse Ausdehnung, namentlich aber auch durch die lange Persistenz der Infiltration" aus. Fast alle Sclerosen der Lippen, die Pospelow[2]) beobachtete, zeigten eine schüsselförmige Induration und waren von einem derben Oedem der angrenzenden Lippentheile begleitet, welches zu einer Asymmetrie der Lippen führte. An den Tonsillen ist nach Fournier[3]) und Dieulafoy[4]) der Schanker bisweilen von einer diphtherieähnlichen, fibrinösen Membran bedeckt und dann auch von einem petit orage infectieux, nämlich Fieber, Pulsbeschleunigung, Uebelkeit etc. gefolgt. Beide Erscheinungen, die locale sowohl wie die allgemeinen, sind durch physiologische Vorgänge in der Tonsille bedingt. Die fortwährende Entstehung von Lacunen durch die beständige Abstossung von Epithelien ermöglicht nämlich das Zustandekommen von Secundärinfectionen der Tonsillenschanker durch das Eindringen von Eitererregern.

Die Fingerschanker unterscheiden sich nach Fournier[5]) von den genitalen durch die Charaktere ihrer Induration. Sie gleichen ihnen zwar auf dem Metacarpus, da das Zellgewebe dort ebenfalls schlaff ist, aber an den Phalangen und besonders an der Fingerspitze kommt es zu einer massigen Härte, einer allgemeinen Infiltration; ferner wird durch die Localisation an der Basis und besonders unterhalb des Nagels Schmerzhaftigkeit des Primäraffectes bedingt. Die Beschaffenheit des Zellgewebes, das ja hier eine ausserordentliche Lockerheit zeigt, ist vielleicht auch die Ursache für die besondere Grösse des oben angeführten Initialaffectes am Abdomen ge-

[1]) Krelling. 2 Fälle von extragenitaler Localisation des Primäraffects. Arch. f. Derm. u. Syph. 1888 p.

[2]) Pospelow. Ueber extragenitale Syphilisinfection. Arch. 1889.

[3]) Fournier. Prognostic de la Syphilis issue de chancres extragénitaux. La Semaine méd. XV. 1895. Nr. 60 p. 513.

[4]) Dieulafoy. Le chancre de l'amygdale. La Semaine méd. XV. 1895. Nr. 17 p. 137.

[5]) Fournier. Chancres syphilitiques de la main et des doigts. Sem. med. Nr. 13. 1893. Ref. Journ. des Malad. Cutan. et Syphilitiques. Jahr 1893 p. 678.

wesen. Wenigstens hat im Anschluss an die Demonstration Gastou's Du Castel darauf hingewiesen, dass die Bauchschanker ganz besonders gern eine excessive Ausdehnung annehmen. An der Mamma kommt es, wie von verschiedenen Autoren übereinstimmend angegeben wird, dadurch, dass beim Saugen an der Brustwarze häufig mehrere Excoriationen entstehen, leicht zu Multiplicität des Schankers, da ja jede dieser Erosionen zur Eingangspforte des syphilitischen Virus prädisponirt ist.

Wegen dieser Polymorphie der Initialläsion würde die Diagnose der Sclerose nur selten gestellt werden können, wenn nicht die typische regionäre Drüsenschwellung häufig dieselbe erleichterte. Freilich wird sehr oft das Erscheinen der cutanen Eruptionen abgewartet werden müssen, ehe eine Behandlung eingeleitet werden kann.

Sehr viel wurde in den letzten Jahren die Prognose der extragenitalen Lues discutirt. Die sichere Beobachtung von Fällen schwerer Syphilis im Anschluss an extragenitale Sclerosen erweckte vielfach die Anschauung, dass ein bestimmter Causalnexus zwischen dem Sitze des Initialaffectes und der Schwere der nachfolgenden Lues bestehen müsse. Einzelne Autoren glaubten diesen Zusammenhang sicher annehmen zu müssen, einige haben sogar Theorien zur Erklärung eines solchen Zusammenhanges, den sie für erwiesen ansahen, aufgestellt. So haben van Dugteren und van Walsem[1]) auf die Abnahme, welche die Intensität der Lues im Allgemeinen sicherlich erfahren hat und die wohl mit Recht als eine gewisse durch die Erkrankung früherer Generationen herbeigeführte Immunisirung gedeutet wird, recurrirt. Sie nahmen an, dass es auch eine locale Immunität der Genitalien, der vorzugsweisen Eingangspforte für das Virus der Lues gebe, und dass andererseits das Virus, wenn es extragenital eindringt, nicht ein seine Intensität abschwächendes Gewebe trifft. Eine

[1]) Van Dugteren und van Walsem. Mittheilungen aus der Klinik für Haut- und vener. Krankheiten von Prof. Dr. van Haren Noman in Amsterdam. Haarlem 1889. Ref. Arch. 1889 p. 841.

andere Erklärung hat Petrini[1]) wenigstens für Sclerosen der oberen Körperhälfte zu geben versucht, indem er aus dem grösseren Reichthum an Lymphbahnen schliesst, dass eine stärkere Imprägnation des Organismus herbeigeführt werde. Es fehlte freilich niemals an Stimmen, welche eine derartige Abhängigkeit des Syphilisverlaufes, irgend eine Beeinflussung des Virus durch locale Verhältnisse der Initialläsionsstelle für falsch erklärten. Aber erst neuerdings wurde ein meines Erachtens concreter Beweis dafür erbracht, dass die Prognose der extragenitalen Lues im Allgemeinen nicht dadurch beeinflusst wird, ob die Lues am Genitale oder ausserhalb desselben in den Organismus eindringt. Fournier[2]) hat aus seinem Riesenmaterial eine grosse Zahl von Fällen der drei Gattungen von Syphiliden, welche wir als Beweise eines schlechten Verlaufes der Lues ansehen, auf ihre Abstammung von genitaler oder von extragenitaler Infection geprüft. Das Resultat dieser Untersuchung, deren Richtigkeit wohl nicht anzuzweifeln ist und die den einzigen rationellen Weg zur Lösung der Frage, nämlich die Feststellung des Thatbestandes durch ein grosses Material einschlägt, dürfte aus folgender tabellarischer Zusammenstellung am besten ersichtlich sein.

	Gesammtzahl der Fälle	davon genit. Ursprungs		davon nach extragenit. Primäraffect	
		abs.	%	abs.	%
Tertiäre Syphilide	1200	1125	93·75	75	6·25
Syphilis mal.	242	223	92·1	19	7·9
Cerebr. Lues	707	676	95·0	31	5·0
Summe . .	2149	2024	94·62	125	5·38

[1]) Petrini. Quelques mots sur les chancres extragénitaux. La presse méd. roumaine, édit. franç. 1894 p. 1.

[2]) Fournier. Prognostic de la Syphilis issue de chancres extragénitaux. La Sem. med. XV. 1895. Nr. 60 p. 513.

Somit war in dem Beobachtungsmaterial Fournier's von 2149 Fällen ungünstig verlaufener Syphilis nur 5·38% auf extragenitale Primäraffecte gefolgt.

Nach Fournier's Aufzeichnungen betragen die extragenitalen Sclerosen 6—7% der genitalen; ja er glaubt sogar, dass wenn er die diagnostische Erfahrung, die ihm jetzt zu Gebote steht, bereits im Beginn seiner Aufzeichnungen gehabt hätte, der Procentsatz 7—8 betragen würde. Es entspricht somit in Fournier's Material der Procentsatz der schweren Syphilide nach extragenitaler Infection ungefähr der Procentzahl der extragenitalen Infection überhaupt. Wenn nun nach einzelnen Schankern besonders häufig ein schwerer Verlauf der Syphilis zur Beobachtung gelangt, wie bei den Sclerosen an der Tonsille, der Mamma, der Finger und Hände und bei der vaccinalen Syphilis, so ist dies durch äussere Verhältnisse bedingt: bei den Tonsillenschankern durch die oben besprochene secundäre Infection mit Eitererregern, welche, eine acute Infectionskrankheit zu der Zeit setzend, in welcher der Organismus den Kampf gegen die Syphilis aufzunehmen hat, die allgemeinen Körperkräfte schwächt. Beim Schanker an der Mamma wird die Syphilis dadurch schwerer, dass sie Personen befällt, welche nach einer schwächenden Gravidität das den Organismus anstrengende Säuggeschäft ausüben und zwar oft unter elenden äusseren Verhältnissen. Die Sclerosen an Fingern und Händen betreffen in der Mehrzahl Aerzte, also Personen, die zugleich einen anstrengenden Beruf ausüben, wegen der genauen Kenntniss der schweren Folgen, welche sich an diese Affection anschliessen können, moralisch deprimirt sind, und die ausserdem erfahrungsgemäss diese wie alle anderen Krankheiten bei sich selbst am schlechtesten behandeln. Für den ungünstigen Verlauf, den die vaccinale Syphilis bisweilen nimmt, führt Fournier an:

1. dass die Infection jugendliche Individuen befällt,
2. lange Zeit verkannt wird, also unbehandelt bleibt,
3. dass bei manchen von schweren Syphiliden gefolgten Vaccinationsepidemien, z. B. in Morbihan, constatirt wurde, dass die Inficirten unter sehr schlechten äusseren Verhältnissen



lebten. Von diesen 3 Punkten möchte ich freilich nur den 3. anerkennen; ein schwerer Verlauf der juvenilen Syphilis ist, wenn nicht die Infection in das 1. Lebensjahr fällt — was doch bei Vaccination wenigstens in Deutschland nicht ausschliesslich der Fall ist — bisher noch nicht sicher bewiesen. Die Verkennung der luetischen Initialsclerose kommt an anderen Körperstellen mindestens ebenso häufig vor wie bei den durch die Vaccination herbeigeführten am Arme, der Beginn der Behandlung erfolgt daher in der Mehrzahl der Fälle in beiden gleich spät.

Wir sehen somit, dass nicht der extragenitale Sitz der Primäraffecte den schweren Verlauf der nachfolgenden Syphilis bedingt haben kann, sondern dass schlechte äussere Verhältnisse oder andere den Organismus schwächende Momente für eine solche Abweichung des Syphilisverlaufes von der Norm die Ursache abgeben.

Wenn wir das Ergebniss der vorstehenden Betrachtungen kurz zusammenfassen, so kommen wir zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die Kenntniss der extragenitalen Syphilisinfection ist in zweifacher Hinsicht von grosser Bedeutung. Erstens ermöglicht diese Kenntniss die Einleitung der rationellen Therapie und Prophylaxe im Einzelfalle und vermag der Entstehung von Endemien und Epidemien vorzubeugen; zweitens gibt sie eine starke Waffe zur Bekämpfung der allgemeinen Anschauungen und der speciellen gesetzlichen Bestimmungen, welche allen Bemühungen, die Syphilis einzudämmen, hinderlich sind.

2. Die extragenitale Infection kommt sehr häufig vor; die Zahl allein derjenigen Fälle, in denen die Localisation des Primäraffectes berichtet ist, beträgt 10265, von denen die Mehrzahl der von mir gesammelten 1207 Fälle fast allein in der Literatur der letzten 3 Jahre enthalten sind. Die relative Häufigkeit, ihr Verhältniss zur genitalen, entspricht in Breslau dem Durchschnitt der von zahlreichen Autoren angegebenen Procentsätze (6—7%). Eine Vermehrung der „zufälligen" Uebertragungen ist nicht anzunehmen; dass mehr Fälle publicirt werden, rührt wohl nur von der grösseren Beachtung her, welche dieselben gefunden haben, und von der wesentlich ge-



stiegenen Kenntniss der Symptome, der erweiterten Erfahrung im Diagnosticiren.

3. Jede beliebige, für das Virus direct zugängliche Körperstelle kann als Eingangspforte der Syphilis dienen, wie schon von Hunter behauptet und durch einschlägige Fälle (cf. Localisationstabelle und Analyse) bewiesen ist. Gerber's Annahme, dass auch im Larynx Primäraffecte beobachtet wurden, scheint irrig zu sein.

4. Von angegebenen Infectionsgelegenheiten und Wegen hat Bulkley über 100 zusammengestellt. Wenn auch im Einzelfalle nicht selten eine falsche Angabe des Patienten vorliegt, so ist doch die Zahl der sicher nachgewiesenen Infectionsmodi eine so grosse, dass der Arzt sich wohl hüten muss, speciell in forensischen Fällen, irgend eine Angabe des Pat. über das Zustandekommen der Infection durch die Berührung einer Person oder eines Gegenstandes absolut zu negiren und für unmöglich zu erklären.

5. Die Prognose der extragenitalen Syphilisinfection ist nicht schlechter, wie die der genitalen. Hier wie da wird der Verlauf der constitutionellen Syphilis durch Factoren bestimmt, welche von der Localisationsstelle des Primäraffectes an sich unabhängig sind.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer und früheren Chef, Herrn Geheimrath Prof. Dr. Neisser, meinen herzlichsten Dank für die Ueberlassung des Materiales und die mannigfache Unterstützung bei der Abfassung dieser Arbeit auch an dieser Stelle auszusprechen.



Literatur.[1])

Accarin (Frankreich). Sur un cas de transmission de Syphilis. — La clinique 21. Sept. 1893, ref. Journ. de mal. cut. et syph. 1893, p. 673. — Primäraffect an der Wange durch Rasiren.

Achilles, Fr. (Deutschland). Beitrag zur Statistik der syphilitischen Augenkrankheiten. Inaug.-Diss. Kiel, 1893. — Unter 585 syph. Augenkrankheiten — über 70.000 überh. — in den letzten 20 Jahren. 5 Sclerosen an den Augenlidern.

Albers (Deutschland). Gesellschaft der Charitee-Aerzte in Berlin. Stzg. d. 16./V. 1895, ref. D. M. Ztg. 1895, 46, p. 513. — Primäraffect am linken Daumen durch Biss bei Schlägerei.

Alt (Verein. Staat. Am.). A case of chancer of the right upperlid. — Americ. journ. of Ophthalm. 1891, Nr. 7—8, p. 229. — Cit. v. Silex. Die syph. Erkrankungen des Auges. Derm. Ztschr. II., 1895, 2, p. 175.

d'Aulnay, Rich. (Frankreich). Chancre de la sous-cloison du nez. Annal. 1895 p. 989. P.-A. am Naseneingang nach coit. bucco-vulvaire. — Des divers modes de contagion dans la Lues acquise. Journ. mal. cut. 1895, 8, p. 470. — P.-A. an der linken Kniekehle durch Biss bei amor. lesbicus. — P.-A. am Bauch bei einem Scabiösen.

Cit. v. **d'Aulnay**. Anderson. P.-A. am Halse durch Kuss.

" Barjou. Syphilis eines in einer Glasbläserei beschäftigten Kindes.

" Bouillais. P.-A. am Munde eines Kindes, das einem Syphilitischen coit. ab ore machen musste.

" Buret. Vater, Mutter, Sohn und Tochter. Inficirt durch Waschschwamm.

" Buchenan Buxter. P.-A. an Zunge bei einem Kind nach Benutzung der Zahnbürste des Vaters.

" Cardane. P.-A. bei Frauen durch accouch. Arzt.

" Bouisson. P.-A. an der Wange durch Rasiren.

" Collin Ruault et Verchère. Inf. durch ein im Spiel herumgereichtes Thier.

" Clerc und Boudet. Inf. durch Pantoffel.

" Dubois-Havenith. P.-A. an der Unterlippe durch gemeinsames Trinkgefäss mit luet. Sohn.

" Dugnet. P.-A. an der Oberlippe einer Frau, die ihres Sohnes syph. Wunden wusch. Inf. durch Finger.

" Homolle. Buccalschanker bei einem Arzt, der sein Papiermesser als Spatel benutzt hatte.

---

[1]) Bis zum 1. Januar 1896 reichend.

Cit. v. **d'Aulnay**. Huguet. P.-A. am Halse durch Kuss.

" Potaillon. P.-A. am Finger einer Krankenwärterin. — P.-A. am Fuss durch den Nagel eines Schuhes.

" Staudish. P.-A. am Anus durch Benützung eines Eisenbahnaborts.

" Le Pileur
" Taylor
" Verchère } Fälle von P.-A. durch Canülen zu vaginal. Inject.

" Thiry. Zahlreiche Fälle von P.-A. bei Glasbläsern in Belgien.

Aumont (Frankreich). Étude sur le chancre syphilitique des paupières. — Thèse de Paris 27./VII, 1893. Soc. d'édit scientif. — 2 P.-A. am r. Augenwinkel. — 1 P.-A. am l. Augenwinkel. — 1 P.-A. am l. Conj. palp. inf. sin. durch Kuss.

Barthélemy (Frankreich). Soc. franc. de Derm. 14./XII. 1893, ref. Annal. 1893, p. 1316. — 2 P.-A. der Augenlider. — Soc. franc. 10./I. 95, ref. Annal 1895, p. 15. — Familiale Endemie. Mann extra matr. inficirt, dann Frau und zwei Kinder. — Soc. franc. 13 juin 1895. Bulletin de la soc. franc. 1895, 6, p. 259. — P.-A. am Zahnfleisch. Entsprechend dem mittleren Schneidezahn. Soc. franc. 2./VIII. 1894. Bullet. d. l. soc. franc. 1894, p. 321. — P.-A. an der Brustwarze, ausserhalb der Schwangerschaft oder des Stillens inficirt. — Soc. franc. 9./III. 1893. Le Progrès méd. 1893, p. 202. — P.-A. am Finger durch Verwundung an den Zähnen des Gegners.

Batut (Frankreich). Des lésions des ongles dans la Syphilis. — Gaz. hebd. XLI. 14, 15 1894. Schmidt's J. 246, 1895, p. 50. — P.-A. am Fingernagel durch Biss.

Barjou (Frankreich). Syphilis primitive de la face. Soc. Nation. Des médec. de Lyon 1 sem. 1893. Le mercredi méd. 4./X. 1893. Nr. 40, p. 488, ref. Arch. f. Derm. u. Syph. XXVII, 1894, p. 462. Monatsh. XVIII, 6, 1894, p. 299. — P.-A. an der Lippe, Glasbläser, zugleich mit 10 anderen inficirt in der Werkstatt. P.-A. am unteren Augenlid. (Mann.)

Balzer (Frankreich). Du chancre syphilitique. Journ. mal. cut. et syph. 1895, 11 p. 655. — P.-A. an der Lippe einer Frau, die 14 Tage vorher Schanker an der Vulva hatte. — P.-A. vortäuschend Decubitalgeschwür durch Zahncaries.

Bayet (Frankreich). Syphilis extragénitale. Chancre extragénitaux. Journ. de Méd. de Chir. et de Pharm. 1894, Nr. 41, ref. Giorn. ital. p. 569. — 20 extragenitale P.-A., davon 11 bei Kindern. — Localisation: 4 an den Lippen; 2 am Kinn; 1 an der Mammilla und 1 im Rachen.

Bazénerye, Ed. (Frankreich). Étude clinique sur la syphilis nasale acquise. Thèse Paris 1894. 4 Janvier. — P.-A. am linken Naseneingang bei einem 52jähr. Mann. — Cit. Zeil. P.-A. am hinteren Nasenrachenraum bei einer Frau durch Tubencatheter.

Bergh (Dänemark). Ueber die Incubationsdauer bei Syphilis. Mon. XVII., 12 p. 602. — P.-A. am rechten Zeigefinger bei einer Hebamme.



— Ber. ou Vestre Hosp. i. 1891. Berete ou Kommehosp. Oresundhosp.; oru Vestre Hosp. f. 1891, 1892, ref. Virch.-H. 1892, 2, p. 571. — 7 extragenit. P.-A. bei P. p. Vestre Hosp. 1894 pag. 24. P.-A. an Unterlippe bei 1 pp.

Berliner C. (Deutschland). Seltene Localisation der Initialsclerose mit Bemerkungen über die Verbreitung der Syphilis auf extragenitalem Wege. Monh. f. prakt. Derm. XX, 1895, 7, p. 376. P.-A. am Nabel. — P.-A. am r. Hypochondrium, 2 Cm. oberh. der Mitte des Ligam. Poupart. bei einem Manne. P.-A. an der Unterlippe (Tabakspfeife?).

Besnier (Frankreich). Soc. franc. 13 juin 1895. Bullet. de la soc. franc. 1895, 6, p. 260. — P.-A. am Zahnfleisch. Hinterfläche der Zähne.

Blaschko (Deutschland). B. D. G. 7./V. 1895. U. Mon. XXI. 1 p. 17 — 2 P.-A. am Zahnfleisch. (Durch Zahnarzt.)

Blickhahn. Case of chancre of the right upperlid. amerik. Journ. of Ophthalm. 1891. July—Aug. ref. Virch.-Hirsch. 1892, 2, p. 487 (keine weitere Angabe).

Boek (Norwegen). Syphilitische Inf. durch die Tonsillen vermittelt. Norsk Magazin 1891, 1. ref. Virch.-Hirsch 1891, 2, p. 535. P.-A. an der rechten Tonsille. (Mann.)

Borchard (Deutschland). Persönliche Mittheilung. — P.-A. an der rechten Mamilla. (19jähr. Mädchen durch Kuss.)

Borowsky, W. (Russland). Zur Casuistik der Syphilis. Wratsch 1893. Nr. 46 u. 51, ref. Virch.-Hirsch. 1893, 2, p. 587. — 4 P.-A. an den Tonsillen; 1 P.-A. an der Oberlippe und 1 P.-A. am Augenlid (äusserer Winkel des rechten). — Chancre de la lévre et chancre du gland concomitants. — Soc. de l'hôpital milit. de Kieff, séance de Septembre et d'Octobre 1893, ref. Annal. 1894 p. 560. — 1 P.-A. an der Oberlippe und einer angeblich 4 Wochen später aufgetreten an der Glans penis. — Verein des Militärkrankenhauses zu Kiew. D. M. Z. 1894, 70 p. 787. — 1 P.-A. an der Unterlippe. — Zur Casuistik der Syphilis. Wratsch 1893. Nr. 46 u. 47. Ref. Arch. 32 p. 305. — P.-A. extragenit. an Lippen, Tonsillen und Lidern.

Boudogof (Russland). Soc. russe de syphiligr. et de Dermat., séance du 29 Févr 1892. Ref. Journ. d. mal. cut. et syph. IV. 1892, p. 271. P.-A. an der r. Tonsille u. r. hinteren Gaumenbogen. — Soc. russe 31./X. 1891. Journ. d. mal. cut. et syph. 1893, p. 101. P.-A. an der Tonsille. — Soc. russe 28./X. 1891. Journ. d. mal. cut. et syph. IV. 1892, p. 143. P.-A. an der Unterlippe durch Mitrauchen einer Cigarrette.

Le **Boutillier**, W. G. (Amerika). Report of two Cases of Syphilis from Tattoing. The New-York Acad. of Med. 10. April. The Journ. of cut. and Gen-ur. Dis. Juni 1894. Ref. Arch. 32 p. 305. 2. P.-A.

Boy's de Loury et de **Barthélemy** (Frankreich). Rapport d'un cas de transmission de la syphilis d'un enfant à sa nourrice. Annal. d'hygiene. T. XXXI, p. 423. Canstatts Jahresber. 1869, 1 p. 432. P.-A. an der l. Brustwarze einer Amme.

Browne (England). Faits cliniques. Rev. mens. de Laryng. 1887, p. 63. Schmidt's Jahrb. 1887, p. 135. P.-A. am Rachen durch coit. ab ore.



Cadell (England). Case of chancre of lower lip. The British med. Journ. 14./VII. 1894. Ref. Arch. 32 p. 305. P.-A. an der Unterlippe.

Caspary (Deutschland). Verein f. wissensch. Heilkunde zu Königsberg. Berl. klin. Wochenschr. 1889, p. 746. Ref. Arch. 1893, p. 207. P.-A. durch Vaccination. — Verein f. w. H. zu Königsberg. Ref. Mon. XX. p. 611. P.-A. an der r. Mammilla durch Kuss des luet. Mannes.

Chapuis (Frankreich). Chancre de la pituitaire. Province médic. Ref. Journ. d. mal. cut. et syph. 2me, sér. T. VI. 1894, 8 p. 496 u. 1894, 12 p. 739. P.-A. an der Nasenschleimhaut bei einem Soldaten mit alter Nasenaffection (Ozaena?). Officierbursche, Officier hatte Syphilis.

Cheinisse (Frankreich). Chancres syphilitiques multiples consécutifs au tatouage. Annal. 1895 p. 1. 1 Fall. 5 P.-A. am rechten Vorderarm nach Tätowirung.

Cimmino (Italien). Un caso di sifiloma inizale del Letto nasale cartilagineo. Boll. delle malattie dell' Orecchio XII. 1894, Nr. 2. P.-A. am Sept. cantilagin. bei einem Barbier, der von der Lippe eines Syph. das Virus übertrug.

Colombini (Oesterreich). Latente Syphilis und unbeachtete Syphilis. Intern. klin. Rundschau 1894, Nr. 31. Mon. XIX. p. 653. P.-A. an der Unterlippe (Mann).

Connet (Frankreich), cit. v. Fournier. La Syphilis des médecins. Journ. mal. cut 1895, p. 364. P.-A. in der Achselhöhle im Anschluss an ärztliche Eröffnung eines Abscesses.

Contague (Frankreich), cit. v. Seifert. D. M. W. 1893, 42 p. 1013. P.-A. im Nasenrachenraum durch Tubencatheter (Frau).

Coppez (Belgien). Un cas de chancre induré double de la paupière supérieure. Journ. d. médec. et de Parmacie de Bruxelles 3 Nov. 1894, p. 679. Ref. Annal. 1895, p. 96. P.-A. am r. ob. Augenlid, gleichzeitig wahrscheinlich Sclerose am Penis.

Coutts (England). Case of congenital syphilis, infection of the Mother by her own child. The Lancet 9./VI. 1894. Ref. Arch. 32, p. 461. P.-A. an der r. Mammilla. Durch Säugen ihres eig. hereditär luet. Kindes.

Covazzani (Italien). Contributo alla Studio del sifiloma extragenit. Rif. med. VII./15. 1891. Schmidt's J. 231, 1891, p. 158. P.-A. an den Tonsillen. P.-A. am Daumen. Arzt. Inf. bei Bubo-Operat.

Cozzolino (Italien). Sifilide del naso e delle fosse nasale, sifilide primaria-Supplemento mensile della gazz. degli ospedali. 1889, Jan. p. 4. 3 P.-A. an der Nase. 1 bei einer Frau; 1 bei einem Manne; 1 bei einer Prostituirten.

Danlos (Frankreich). Soc. franç. 13 juin. 1895. Ref. Annal. 1895, p. 550. P.-A. am Zahnfleisch eines Mannes. Post coit. abore. Soc. franç. 10./I. 1895. Ref. Annal. 1895, p. 14. P.-A. am l. unteren Augenlid bei einem Kinde, dessen Vater recente Syphilis hatte.

Darier (Frankreich). Soc. franç. d'ophth. 5 juin 1894. Le Mercredi méd. 1894, 24 p. 294. Ref. Arch. 31, p. 136. P.-A. an Conjunct. palp. infer



Dazenko (Russland). Die Syphilis im Sjenkow'schen Kreise des Gouvern. Poltawa. Wratsch 1892, 46 p. 1162. Ref. Arch. 27 p. 446. P.-A. durch Vaccination.

Debierre (Frankreich). Soc. franç. d'ophth. Disc. Darier. 5 juin 1894. Le mercredi méd. 1894, 24 p. 294. Ref. Arch. 31, p. 138. 1 Fall von Palpebralschanker.

Dechapelle (Frankreich). Étiologie et différentes formes cliniques des chancres de la face. Journal mal. cut. et syph. 1895, 3 p. 170. P.-A. an der Wange eines Arbeiters, der eine Wunde dort hatte, und am selben Tage eine Pp. touchirte.

Dechaux (Frankreich). Epidémie syphilitiq. à la verrerie de Montluçon. Gaz. méd. de Lyon. 1867, 15. Canstatt's Jahrb. 1868, 7 p. 571. 10 P.-A. an den Lippen. Glasbläser. Von Bulkley keine Zahlen angeführt.

Deforine (Russland). Inoculation de la Syphilis par la vaccination. Rousskaia Medic. 1894. Nr. 32. Ref. Annal. 1895, p. 94. P.-A. bei 1jähr. Kind durch Vaccination.

Dieulafoy (Frankreich). Le chancre de l'amygdale. La semaine méd. XV. 95. Nr. 17, p. 137. P.-A. an recht. Tonsille (Schutzmann). P.-A. an recht. Tonsille (Mann). P.-A. an l. Tonsille (Frau).

Downil (England). An account of some cases of aquired syphilis in children: with remarks. The Lancet 5/V. 1894. 4 P.-A. der Lippen bei Kindern durch Küsse der Eltern, resp. Trinkgefässe inficirt.

Drysdale (England) Cit. Arker. The incubation of Syphilis. Brit. méd. Journ. 1889. I, p. 1143. 2 P.-A. durch Tätowirung.

Dubois-Havenith (Frankreich). Syphilitischer Schanker des Zeigefingers. Syphilitischer Schanker der Unterlippe. La Policlinique, 1893, 9. Ref. U. Mon. XVII./6. 1893, p. 294. P.-A. am Zeigefinger. Biss eines Papageies, dann Touchiren einer Vulva. Mehrere Fälle von P.-A. an Unterlippe.

v. **Düring** (Türkei). Ueber einige Fragen aus der Lehre von der Vererbung der Syphilis. Mon. XX, p. 329. P.-A. auf der Wange (Gegend des l. Mundwinkels) bei einem Kinde durch Kuss. P.-A. an der Mamma der Mutter, die das Kind stillte. P.-A. am Abd. unterh. des Nabels. (Wie?)

Ehrmann (Oesterreich). Ueber die durch Päppeln syphilitischer Kinder aquirirten Rachensclerosen. Wiener med. Wochenschr. 1890. Nr. 18, 19. Ref. Centrbl. f. d. med. Wissensch. 1890, p. 818. 2 P.-A. an der l. Tonsille und Gaumenbogen bei Pflegerinnen hered. luet. Kinder. — W. D. G. 23./X. 1895. Ref. Arch. 33, p. 431. P.-A. an der Innenfläche des Oberschenkels neben einem des Praeput. P.-A. in der Mitte der Lippe und am Mundwinkel durch Kuss.

Elcina, Mme. (Russland). Soc. russe. 19./XII. 1892. Journ. mal. cut. et syph. 1893, p. 535. P.-A. an den Tonsillen (verheir. Frau); P.-A. an den Tonsillen (verheir. Frau); P.-A. an der r. Brust (verheir. Frau).

Elliot (Vereinigte Staaten). Syphilitic nodes of the hyoidbone. Journ. of cut. and gen.-urin. Dis. XI. 1893, p. J. P.-A. an den Tonsillen (Dienstmädchen).



Eraud (Frankreich). Soc. fr. 4./III. 1893. Annal. 1893, p. 269 P.-A. an der r. Tonsille der Amme eines hered. luet. Kindes. Schadenersatzklage abgewiesen, weil P.-A. nicht an der Mamma.

Eröss (Oesterreich). Extragenitale Syphilis-Infection. Gesellsch. d. Aerzte in Budapest. 4. März 1893. Wiener med. Wochenschr. 1893, 36 p. 1495. Ref. Arch. f. Derm. XXVII, 1894, p. 462. P.-A. an der Unterlippe eines Säuglings. (Wahrsch. d. Kuss.)

Eudlitz (Frankreich). Soc. franç. de Derm. 13 juin 1895. Ref. Annal. 1895, p. 558. P.-A. an der r. Wange. (Durch Rasiren?) Vom Arzt verkannt, 2 Monate später Facialislähmung derselben Seite und tuberculöses Syph. — Soc. frç. 14/.II. 1895. Annal. 1895, p. 124. P.-A. an Nase. — 4 P.-A., 3 an Unterlippen, 1 an der Zunge, (21jähr. Dienstmädchen).

Eudlitz et **Terson** (Frankreich). Chancres syph. simultanés de la paupière et du menton. Soc. frç. séance du 13./XII. 1894. Ref. Annal. 1894, p. 1371. P.-A. am Kinn u. 3 Wochen später auftr. am unt. r. Augenlid.

Evans (Vereinigte Staaten). Chancre of the tonsil. Report of a case. Journ. of cut. and gen.-ur. dis. 1895, p. 420. P.-A. an der l. Tonsille und vorderen Gaumenbogen. (Arzt.)

Falkenheim (Deutschland). Verein f. wissensch. Heilkunde zu Königsberg. Berl. kl. Wochenschr. 1889, p. 746. P.-A. an den Lippen. (Kind.)

Farlow (Vereinigte Staaten). Hard Chancre of the upper lip. Boston. Soc. for medic. improvement. Boston med. and surgic. Journ. 5./I. 1893. CXXVIII, 1. Ref. Arch. 27. 1894, p. 461. P.-A. an der Oberlippe.

Feulard (Frankreich). Soc. franç. 19./IV. 1895. Refer. Annal. 1895. p. 339. P.-A. an der Nase durch Kuss (Kind). — Soc. franç. 9./III. 1893. Ref. Annal. 1893 p. 276. P.-A. am Ringfinger einer Hebamme. — Soc. franç. 12./I. 1893. Ref. Annal. 1893 p. 32. P.-A. an der r. Mamma einer Amme inf. durch hered. luetischen Säugling und ihr eigenes Kind mit P.-A. an der Lippe inficirend.

Fisher (England). Syphilis acquirirt im Wochenbett. Lancet 1895, 16. Febr. P.-A. an der Hand. (Hebamme.) Dadurch mindestens 10 Wöchnerinnen inficirt.

Fisichella (Italien). Contributo alle casuistica della reinfezione. Comment. clinico 1894. Febr. Ref. Arch. 32 p. 294. P.-A. an der Wange durch Biss bei einem Mädchen, das $3^1/_2$ Jahr vorher Syphilis acquirirt hatte und 4 Monate vor Auftreten des P.-A. der Reinfection ein tuberöses Syphilid hatte.

Fortuniadis (Frankreich). Étude sur le chancre des paupières. These Paris 1890. A. Dary p. 14. P.-A. am l. Augenlid u. Conj. palp. (18j. Mann.)

Fournié, J. (Frankr.). Contribution à l'étude de la Syphilis acquise chez les impubères. These de Lyon 1892. 12./XI. Ref. Ann. 1893 p. 1245.

Fournier (Frankreich). Soc franç. 12./XII. 1895 p. 1133. 1 Fall mit 5 Schankern der Regio pubis neben einem an der Peniswurzel und einem am Scrotum aufgetreten 3 Wochen post coit. — Soc. franç. 14./XII. 1893. Ref. Annal. 1893 p. 1297. P.-A. in der Achselhöhle.



Froloff (Russland). Soc. russ. 19./XII. 1892. Journ. mal. cut. 1893 p. 537. P.-A. an Unterlippe (Mann) durch Serviette im Restaurant. P.-A. an Unterlippe (Mann) durch Cigarette. P.-A. am Daumen (Mann) durch Biss.

Galezowski (Frankreich). Soc. franç. 14./XII. 1893. Ref. Ann. 1893 p. 1312. 2 Fälle. P.-A. am r. unt. Augenlid.

Gamberini (Italien). Statistica delle malatti venerae sifilitica ecutania accolte e curate nella clinica di Bologne nell' anno 1879. Giorn. it. 1880. XV. p. 144. P.-A. am Kinn. (Mann.)

Garel (Frankr.). Soc. franç. d'otolog. et de laryngol. Séance annuelle tenue à Paris du 1—4 Mai 1895. La Sem. méd. XV. 1895. Nr. 24 p. 208. 2 Fälle von P.-A. am Sept. narium.

Gastou (Frankreich). Soc. franç. de derm. Ref. Ann. 1893 p. 1307. P.-A. am Abdomen beim Pat., der mit juckender und von ihm zerkratzter Phthirias. in Hotelbetten schlief.

Gaube (Frankreich). Chancre syphilitique de l'amygdale. Union méd. du Nord-Est 1893. Nr. 2. Ref. Arch. 28 p. 429. P.-A. an den Tonsillen.

Gerber (Deutschland). Die Manifestationen der Syphilis in den oberen Luftwegen. Derm. Zeitschr. II. 1895. Heft 1 p. 1. P.-A. an der r. Tonsille einer alten Frau, die ein angeblich gesundes Kind päppelte. — Zur Frage der Excision der Initialsclerose. Therap. Mon. VI. 1892. October p. 515. P.-A. an der Oberlippe eines Mädchens, die bei einem Gesellschaftsspiel einen jungen Mann mit kranker Lippe hatte küssen müssen.

Görl (Deutschland). Resorbin, speciell bei der Behandlung der Scabies und Lues. Mon. XX. p. 343. 3 P.-A. an den Lippen. 1 P.-A. an der Wange durch Rasiren.

Gold, L. (Russland). Sechs Fälle von extragenitaler Syphilisinfection. Arch. f. Derm. XXV. 1893 p. 791. 3 P.-A. an den Lippen. (Familiensyphilis.) 1 P.-A. an der Brustwarze. 1 P.-A. an der r. Tonsille. 1 P.-A. an der Oberlippe. Nebenher Genitalschanker. Vater des Vorhergehenden.

Gorecki (Mexiko). Soc. fr. d'ophth. 5./VI. 1894. Disc. Darier. Le moix. 1894. 24 p. 294. Ref. Arch. 31 p. 138. P.-A. am Auge.

Gottheil (Verein. Staaten). 2 Fälle von labial. Schanker bei Cigarrenarbeiterinen. Med. News. 15. Aug. 1893. Ref. U. Mon. XVII. 12 p. 628. 2 Fälle von P.-A. an den Lippen.

Gradenigo e **Peroni** (Italien). Caso di sifiloma primitivo della tonsilla sinistra. R. Academia di Medicina. Torino. 12./XII. 1894. Gazz. d. osp. e delle cliniche 1894 p. 102. Ref. Arch. 31 p. 136. P.-A. an der linken Tonsille bei einem Mädchen, dessen Geliebter Lues secundar.

Grimm (Deutschland). Berl. derm. Vereinig. Sitz. v. 8./V.1894. Archiv XXIX. 1894 p. 288. P.-A. am Zahnfleisch durch zahnärztl. Instrument. Ebenda p. 289. 2 Fälle von P.-A. an den Tonsillen.

Hahn (Deutschland). Aerztl. Verein zu Hamburg. Sitzg. v. 3. April 1894. Ref. Derm. Zeitschr. II. 1895, 2 p. 268. P.-A. an der Stirn.

Harlam (England). Tertiary Syphilis. Brit. med. Journ. 1889. I. p. 1143. Ref. Archiv 1893 p. 202. Lues tert. bei einer Wäscherin. P.-A. angeblich vor 16 Jahren am Daumen, durch Waschen.



Haslund (Dänemark). Vierte Abtheilung des Comune-Hospitals in Kopenhagen. Ref. U. Mon. XX. 1895 p. 447. 16 Fälle von Lues insontium. 1 an der Lippe (Mann), 1 an der Zunge (Mann), 1 am r. Fuss (Knabe). Ohne Angabe der Localisation bei 5 Frauen, 4 Knaben und 4 Mädchen.

Haug (Deutschland). Krankheiten des Ohres in ihren Beziehungen zu den Allgemeinerkrankungen. Cit. von Laqueur p. 18. P.-A. am Ohr (Crista helic.) bei einem Manne, der einen Freund wegen Genitalleidens untersucht und sich dann gekratzt hatte.

Haushalter (Frankreich). Fall von vaccineller Syphilis. Rev. Med. de l'Ed. XXVII. 9. 1894. Ref. Dr. M. Z. 1894, 89 p. 1005. P.-A. auf dem r. Arm. Beide Arme vaccinirt.

Havas (Oesterreich). Gesellsch. der Aerzte in Budapest. Sitz. vom 19./XI. 1892. Ref. U. Mon. XVI. 1893, 11 p. 537. P.-A. auf der rechten Wange. (Kind.)

Healey (England). Zufällige syphilitische Infection infolge eines Schlages auf die Nase. The Brit. med. Journ. 30. Dec. 1893. U. Mon. XIX. 5. p. 267. P.-A. am Nasenrücken durch Schlag mit der Faust von einem kurz vorher wegen Lues behandelten Mannes.

Heller, Fr. (Oesterreich). Zur Casuistik der visceralen Lues. Wien. med. Wochenschr. 1877. Nr. 22 und 23. Virch.-Hirsch. 1877, 2 p. 532. P.-A. an der Unterlippe. (Mann.)

Heisler, J. (Oesterreich). Neuere Fälle von extragenitaler Syphilisinfection. Pester med.-chir. Presse. 5. 1893. Ref. D. M. Z. 1893, 77 p. 866. Aus Rona's Praxis 21 Fälle extragenit. Infect. 10 an der Lippe, 3 an den Tonsillen, 1 am Kinn, 1 an der Wange, 1 an der Nasenöffnung, 1 an der Mammilla, 1 in der Hüftgegend, 1 am Zahnfleisch, 2 an den Fingern, 1 Fall von 2 P.-A. gleichzeitig an Kinn und Lippe, 1 Fall von 2 P.-A. gleichzeitig an Zahnfleisch und Lippe.

Herxheimer. Sanitätsbericht der Stadt Frankfurt a. M. für 1890. P.-A. an der Oberlippe. (Spielwaarenhändler.) P.-A. an der Unterlippe (durch Kuss).

Higguet (England). Soc. Laryng. and Rhinol. 1882. Cit. von le Bàrt. p. 83 und 102. 2 Fälle von P.-A. an der Nase bei Typographen, die mit anderen eine gemeinsame Schnupftabakdose gebrauchten.

Hinshelwood (England). A Case of Syphilic Chancre on the Eyelid. The Glasgow med. Journ. 3. März 1895. Ref. Arch. 32 p. 305. P.-A. am freien Rand des r. Augenlides bei einer Frau, die ein luet. Kind pflegte.

Hirot (Norwegen). Eine kurze aber lehrreiche Reihe von primären Syphilisfällen. Tidsskrift for den norske Laegefore-ning October 1890. Mon. XII. 1891. I. p. 83. P.-A. an der Kopfschwarte bei einem Mädchen, die mit ihrem luetischen Bruder gemeinsam Kamm und Bürste gebrauchte. P.-A. an den Tonsillen bei einem Herrn, der mit diesem Mädchen intim soupirt hatte.

Homolle (Frankreich). Cit. von d'Aulnay.

Holth (Norwegen). Sur trois nouveaux cas d'auto-inoculation du chancre dur. Norsk Magazin for lagereidenskaben. LV. 5. Journ. mal.



cut. et syph. 1894 p. 687. 1. eigener Fall. P.-A. am r. oberen Augenlid und Penis zugleich bei einem Mann. 2. Fall C. Boek. P.-A. am vorderen Rand der Achselhöhle und Penis bei Lichen ruber.

Hudelo (Frankreich). Soc. franç. de derm. 7./I. 1893. Ref. D. M. Z. 1893, 29 p. 338. 1. P.-A. an der Oberlippe eines Kindes. 2. P.-A. an der Brust der Mutter (durch Stillen).

Höfler (Deutschl.). Progressive Paralyse bei einem 21jähr. Mädchen nach vorangegangener syphilit. Infection. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. II. 1892 p. 478. Ref. Arch. XXV. 1893 p. 994. 2 Fälle von P.-A. an den Lippen. Schwestern, beide gleichzeitig inficirt durch Kuss.

Huguet (Frankreich). Cit. von d'Aulnay.

Hutchinson (England). Chancre on cheek. Demonstr. in the Med. soc. of London. Ref. The Lancet. 29./IV. 1893. Ref. Arch. XXVII. 1894 p. 462. P.-A. an der Wange durch Biss. — Syphilis trough Flea-bite. Arch. o. surg. Oct. 1895. Ref. Med. News. Vol. LXVII. Nr. 23. 7./XII. 1895. P.-A. am Oberschenkel eines Arztes, der im Omnibus einen Flohstich erhalten hatte.

Isaak & Schütte (Deutschl.). B. D. G. 8./V. 1894. Mon. XIX p. 140. 1 P.-A. an der rechten Tonsille. (Frau.)

Jadassohn (Deutschland). Schles. Ges. f. vaterl. Cultur in Breslau. Sitz. v. 16./II. 1894. U. Mon. XIX p. 679. P.-A. in der Unterbauchgegend. Persönliche Mittheilung: 1 P.-A. an der r. Tonsille. (Frau.) P.-A. an der Unterlippe. (Mädchen.)

Jaja (Italien). Resoconto statistico dei casi decorsi nel I triennio 1891—1893 nel dispensar celtico governativo di Bàri. Paglia Med. 1894. Nr. 10—12. 1895. Nr. 1—2. Ref. Giorn. ital. 1895 p. 258. 1 P.-A. durch allattamento attivo. (Brust.)

Jakobsohn (England). Five Cases of Digital Chancres occurring in Medical Men. Grey-Hosp. Report. Vol. L. London 1894. 5. P.-A. an den Fingern bei Aerzten.

Jessner (Deutschland). Mon. 1893. XVII. p. 146. 1 P.-A. am Finger durch Biss. P.-A. an der Unterlippe. P.-A. an Palma manus.

Joffroy et **Létienne** (Frankreich). Contribution à l'étude de la syphilis cérébrale; blennorrhagie cérébrale, artérite gommeuse et thrombose du tronc basilaire. Arch. de méd. exper. et d'anat. u. pathol. Mai 1891. La Semaine méd. 1891 p. 215. Ref. Arch. XXV. 1893 p. 227. P.-A. am Mittelfinger. (Frau.)

Judkins (Verein. Staaten). Odd methods of syphilitic. inoculation. Journ. of cutan. and genito-urinary diseases. XI. 1893 p. 480. P.-A. am behaarten Kopf, nahe am Occiput (durch Coiffeur). P.-A. an der Augenbraue (durch Coiffeur).

Juliard (Frankreich). Cit. von Fournier.

Kaiser (Oesterreich). Drei Fälle von extragenit. Syphilis-Infection. Pester medic.-chirurg. Presse 1894. Nr. 33. P.-A. im Rectum (bei einem Knaben). Päderastie? P.-A. in der Mundhöhle bei der Mutter des Knaben.

Kaposi (Oesterreich). W. d. G. 6./XI. 1895. Arch. XXXIII p. 440. P.-A. an der linken Wange. (Mann.) P.-A. an der Oberlippe. (Frau.) —



W. D. G. 25./X. 1893. Arch. XXVI p. 280. P.-A. an der Oberlippe (Frau). — W. D. G. 19./X. 1892. Arch. XXV. 1893 p. 336. P.-A. an der Oberlippe. (Mädchen.)

Kehoe (Argentinien). An unusual mode of specific. infection. Lancet 1891. Bd. II p. 1275. Ref. Arch. XXV. 1893. P.-A. am Rücken durch Messerstich. (Mann.)

Khijin (Russland). Rural-Syphilis. Wratsch 1893. 18 p. 1064. Ref. The St. Louis Med. and Surg. Journ. Dec. 1893. Ref. Arch. XXXI p. 123. Inf. einer Familie von 5 Personen. Zuerst ein Säugling durch eine fremde luetische Frau.

Klotz (Verein. Staaten). New-York. Dermatolog. Society 228 the regular Meeting. 1 P.-A. zugleich an Unterlippe und Penis.

Kohn (Deutschland). Beiträge zur Casuistik der extragenitalen Sclerosen. Inaug.-Diss. Strassburg 1891. C. Goeller. Modus? P.-A. an der Oberlippe 42j. Mann. Modus? P.-A. an der Oberlippe 21j. Dienstmädchen. Modus? P.-A. an der Unterlippe 23j. Dienstmädchen. Modus? P.-A. an der Unterlippe 22j. Näherin. (Kuss?) P.-A. an der Unterlippe 21j. Köchin. Modus? P.-A. am linken Mundwinkel und Unterlippe 16j. Knabe. (Trinkglas.) P.-A. an der rechten Tonsille. (Mann.) P.-A. an der linken Brustwarze, die das luetische Kind ihrer Schwester stillte. P.-A. an der l. Brustwarze bei Virgo, die mit einem luetischen Kind Mutter spielte und es an die Brust angelegt hatte. P.-A. an der Innenseite des r. Oberarmes bei einem Manne, den eine P. p. gekratzt hatte. P.-A. am linken Daumen. (Mann.) P.-A. am Finger. (Hebamme). P.-A. am rechten Mittelfinger. (Krankenwärterin. Inf. bei Entbindung.) P.-A. zwischen Mittel- und Zeigefinger der r. Hand bei Touchiren. (Arzt.) P.-A. am rechten Zeigefinger eines Mannes. (Inf. durch ärztliche Pincette bei Entfernen eines Eisensplitters. P.-A. am r. Zeigefinger. (Verletzung an den Zähnen des Gegners.) P.-A. am Mittelfinger. (Mann. Verletzung an den Zähnen des Gegners.) P.-A. im Rectum bei einer Frau. (Inf. durch Irrigator einer luetischen Nachbarin.) Endemie. Vater, Mutter und 5 Kinder. P.-A. an Wangen und Lippen durch gemeinschaftliche Benützung von Geräthen mit einem Syphilitischen.

Küsel (Russland). Dermatol. Gesellschaft zu Moskau 13. (25.) März 1895. Ref. Derm. Ztschr. II. 1895, 4 p. 403. P.-A. an der Unterlippe. P.-A. am Mittelfinger der r. Hand.

Lailler (Frankreich). Cit. von Fortuniades.

Lang (Oesterreich). W. D. G. 25./I. 1893. Ref. Annal. 1893 p. 958. Sclerose in Crena ani bei jung. Mann. (Closetpapier?) W. D. G. 25./X. 1893. Arch. XXVI. p. 274. P.-A. an den Tonsillen, 24j. Mädchen. — W. D. G. 17./X. 1894. Arch. XXX. p. 105. P.-A. an der r. Tonsille und zugleich am l. lab. maj. P.-A. am harten Gaumen bei Virgo intacta. (Modus?)

Laqueur (Norwegen). Zur Syphilis des äusseren Ohres. In.-Diss. Breslau. Cit. Skjeldrups. 1894. F. N. Goldstein. P.-A. an der vorderen Wand des knorp. Gehörganges.



Le Bart. Le chancre primitif du nez et des fosses nasales. Thèse de Paris 1894 pag. 43. P.-A. an Nasenspitze bei einer P. P.

Ledermann (Deutschland). B. D. G. 8. Mai 1894. Ref. Arch. XXIX. 1894 p. 288. P.-A. an Wangenschleimhaut einer Frau. (Inf. d. Hausgenossen.) — B. D. G. 13. Juni 1894. Ref. Arch. XXIX. 1894 p. 294. P.-A. an der Oberlippe. (Mann.) — B. D. G. 9. Juli 1895. Derm. Ztschrft. II. 1895, 2 p. 517. P.-A. an der l. Wange einer jungen verh. Frau. Inf. durch Kuss.

Leistikow (Deutschland). Zur Therapie der Neurosyphilide. Mon. XVIII. p. 177. P.-A. an der Unterlippe. (Frau.)

Lejars (Frankreich). Soc. frcs. d'Derm. 9./III. 1893. Ref. Ann. 1893 p. 273. P.-A. an der Dorsalfläche des Daumens und des Index durch Verletzung an den Zähnen eines Gegners.

Lesser (Deutschland). Med. Ges. zu Leipzig. 24./V. 1887. Schmidt's Jahrbuch 215. 1887 p. 86. 5 Fälle von P.-A. an den Lippen. 4 Fälle von P.-A. an den Fingern. 1 Fall von P.-A. an der Brustwarze.

Levi (Russland). Soc. russe. 31./X. 1891. Journ. mal. cut. et syph. 1893, p. 101. 2 Fälle von P.-A. an den Lippen. 2 Fälle von P.-A. an der Brust. 5 Fälle von P.-A. an den Tonsillen.

Lewin (Deutschland). Verein für innere Medicin. Sitzung vom 7./XI. 1892. U. Mon. XVII. 6, 1893, p. 295. P.-A. an der Unterlippe und Mamma zugleich. — B. D. G. 10./I. 1893. Ref. XVI. 1893, 9 p. 366. P.-A. an der Oberlippe und an den Genitalien. (Frau.) P.-A. an der Oberlippe. (Frau.)

Lucas (England). Eine Mutter von ihrem eigenen luetischen Kinde mit primärer Syphilis angesteckt. Brit. med. Journ. 1. Dec. 1894. Ref. U. Mon. XX. p. 697. P.-A. an der Brust, nahe der Mammilla.

Di Lupo (Italien). Di un caso di sifilide maligna. Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle 1878, p. 315. P.-A. an der Brust durch Säugen eines fremden Kindes. P.-A. am rechten Mittelfinger und Erosion am Penis. (Mann der Vorhergehenden.)

Lustgarten (Vereinigt. Staaten). New-York. Derm. Soc. 232 med. Jour. of. c. and. g-u. dis. 1893, p. 359. P.-A. an den Lippen. (Student.)

Macdonald (England). Edinb. med. Journ. 1873. XIX. p. 30. Schmidt's Jahrb. 160, 1873, p. 149. P.-A. im Rachen. (Grossmutter als Pflegerin eines luet. Kindes.)

Maiew (Russland). Syphilis extragénitale. Soc. de syphiligr. et de dermatol. de St. Petersbourg, séance du 30. Oct. 1893. P.-A. an der Lippe eines jungen Mädchens. Diese ungeheilt aus dem Hospital entlassen, inficirt mit P.-A. eine Köchin „durch den Mund", diese mit P.-A. einen Säugling durch Kuss, und dieser mit P.-A. an der Brust seine Mutter.

Masucci (Italien). Cit. von Gerber.

Mayer (Deutschland). Beiträge zur Statistik der Lippengeschwülste. In.-Diss. Kiel, Aachen 1890. C. H. Georgi. P.-A. an der Oberlippe. 24j. Landmannsfrau. P.-A. an der Unterlippe. 27j. Dienstmädchen. (Kuss.)



Mauriac (Frankreich). Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du tissou cellulaire sous-cutanés. Annal. de dermatol. et de syphiligr. 1880, p. 419. P.-A. an der inner. mittl. Partie des l. Obersch. bei einem 24j. verh. Mann.

Moncault (Frankreich). Chancre syph. inguin. Phagédènisme. Ref. Annal. 1886, p. 420. P.-A. in der l. Schenkelbeuge. (Mann.)

Mendel (Frankreich). Soc. frc. 18./V. 1893. Ref. Annal. 1893, p. 611. P.-A. am Perineum bei einer verh. Frau. — Soc. franc. 14. Mars 1895. Ref. Annal. 1895, p. 210. P.-A. in beiden Nasenlöchern. Mann. (Modus?)

Meyer (Frankreich). Soc. frc. d'ophth. 5./VI. 1894. Le mercr. mèdic. 1894, 24 p. 294. Ref. Arch. 31. p. 138. 2 Fälle von Palpebralschankern.

Milligan (England). Syphilis nasale primaire. Deuxième attaque de Syphilis. Journ. of. Laryngol. Rhinolog and Otolog. Mai 1892. p. 201. P.-A. am r. Nasenflügel bei einem Mann im Jahre 1891. 1884 hatte derselbe Lues acquirirt.

Minelli (Italien). Contribuzione statistico-clinica dei sifilomi extragenitali. Gazz. medica Cremonese. Luglio-Agosto 1895. Ref. Giorn. ital. 1895, 3 p. 394. M. hat in der Klinik von Parma (1883—1891) und in der von Bologna (1892—95) 65 extragenit. P.-A. gesehen, davon 20 bei Männern und 45 bei Frauen. Die Localisation war: 23 an der Mammilla, 26 an der Lippe, 4 an der Zunge, 3 am Oberschenkel, 2 am unt. Augenlid, 1 am Kinn, 1 am Stirnhöcker, 1 am Scapula, 1 am Zeigefinger, 2 am Anus und Umgebung, 1 am Bein.

Montgomery (Verein. Staaten). Ein Ulcus elevat. des Gesichts. Med. News 23./X. 1893. U. Mon. XIX. p. 659. P.-A. am Kinn durch Kratzen einer Wunde. (Mann.)

Moreira (Brasilien). Saturnisme et Syphilis maligne. Début de la Syphilis par un chancre nasal. Ref. Annal. 1895, 6 p. 521. P.-A. am linken Nasenloch. (Mann.)

Morrow (Vereinigte Staaten). New-York. Dermat. Soc. 225. meeting. Journ. of. Cut. and gen-ur. dis. 1893, p. 408. — P.-A. am Velum palatin.

Molfese (Italien). Brevi considerazioni sopra alcuni casi di sifilide ereditaria anormale. Progresso med. 1892, Nr. 1 und 2. Ref. Arch. XXV. 1893, p. 1026. P.-A. an der r. Brustwarze einer Frau, die gelegentlich das Kind einer Nachbarin gestillt hatte.

Monin (Frankreich). Contribution à l'étude de la trace indélébile du chancre syphilitique. Lille 1889. Bigot. P.-A. an der Oberlippe, (Mann.) P.-A. am linken Knie. (Knabe.) P.-A. an der Oberlippe. P.-A. an der Innenseite des r. Oberschenkels einer P. p.

Morel-Lavallée (Frankreich). Soc. frc. 12./I. 1893. Ref. Annal. 1893, p. 49. 1 Fall: 2 chancres herpetif. bei Frau am Unterl.

Moussons (Frankreich). Soc. d'anatomie et de physiol. normales et patholog. de Bordeaux. Séance d. 3 juillet 1893. Ref. Journ. mal cut. et syph. 1893 p. 489. P.-A. an der Unterlippe eines einjähr. Knaben.

Mracek (Oesterreich). Syphilis. Infection an zwei Stellen zugleich Jahresbericht der k. k. Rudolf-Stiftung. S.-A. p. 17. Ref. Arch. 1893.

p. 202. P.-A an der Oberlippe bei gleichzeitiger Sclerose an den Genitalien bei 16j. Köchin.

Münchheimer (Deutschland). In der Dermat. Univers. Klinik Breslau wurden vom Sept. 1890 bis 31. Decbr. 1895 46 extragenitale P.-A. beobachtet. Davon 21 Männer, 25 Frauen. Die Localisation war 23 P.-A. an den Lippen, 2 P.-A. am Mundwinkel, 5 P.-A. an den Tonsillen, 1 P.-A. am Gaumenbogen, 2 P.-A. an den Fingern, 1 P.-A. an der Mamma, 1 P.-A. am Augenlid, 1 P.-A. Conj. bulb., 1 P.-A. am Anus, 1 P.-A. an der Stirn, 1 P.-A. am Arm (Tätowirung), 1 P.-A. am Präputium, zweij. Kind, dessen Mutter Syphilis. Bei 6 P.-A. war die Localisation nicht nachweisbar aber sicher extragenit.

Neisser (Deutschland). Persönl. Mittheilung. 12 Fingerschanker bei Aerzten. „Dürfen syphilitisch inficirte Aerzte ihre ärztliche Thätigkeit fortsetzen?“ Centralbl. für Chirurgie 1889, Nr. 39. Cit. Fritsch. 8 Fingerschanker b. Aerzten und 6 Fingerschanker bei Hebammen.

Neuberger, J. (Deutschland). Erster Bericht (7. Mai 1892 bis 7. Mai 1894) über die Privat-Klinik für Hautkrankheiten. Nürnberg 1894. pag. 10. P.-A. an Unterlippe bei jungem Mann.

Neumann (Oestereich). W. D. G. 18./II. 1895. Ref. Ach. XXXI. p. 271. P.-A. an der Oberlippe eines Mannes durch Kuss. — W. D. G. 23./X. 1895. P.-A. an der Nasenspitze. — W. D. G. 19./IV. 1893. Ref. Annal. 1893. p. 1326. P.-A. am Anus bei einem jungen Mädchen. — W. D. G. 17. X. 1894. Ref. Arch. XXX. p. 105. P.-A. am linken Nasenflügel. W. D. G. 24./I. 1894. Ref. Arch. XXVII. p. 316. P.-A. an der Wange durch Biss. (Mann.) W. D. G. 7./II. 1894. Ref. Arch. XXVII. p. 431. P.-A. an der Bauchhaut. Links, entspr. dem Hypochond. W. D. G. 25./I. 1893. Ref. Arch. 1893. XXV. p. 713. P.-A. an der Unterlippe. P.-A. in der Afterkerbe. W. D. G. 22./II. 1893. Ref. Arch. 1893. XXV. p. 783. P.-A. am Kinn. P.-A. zugleich an Nasenspitze, Nasenflügel und Kinn. W. D. G. 20. III. 1895. Ref. Arch. XXXII. p. 234. P.-A. an der Zunge einer Frau, deren Mann Lues. W. D G. 8./V. 1895. Ref. Arch. XXXII. p. 239. P.-A. am Zahnfleisch über den oberen Schneidezähnen.

Nobl (Oesterreich). W. D. G. 16. I./1895. Ref. Arch. XXXI. p. 105. P.-A. zugleich an Oberlippe und l. Mundwinkel. — W. D. G. 10./I. 1894. Ref. Arch. XXVII. p. P.-A. am Oberkiefer entsprechend dem letzten r. Schneide-, dem Eck- und ersten Backenzahn. W. D. G. 18./IV. 1894. Ref. Arch. XXVIII. p. 392. P.-A. im Mastdarm.

Oberndorfer (Vereinigte Staaten). Initialsclerose bei einem der Tuberculos. verruc. cut. ähnlichen Exanthem. New-York. med. Monatsschr. 1893, Nr. 1. Ref. Arch. XXVII. p. 452. P.-A. an der Unterlippe. Wissenschaftl. Zusammenkunft deutscher Aerzte in New-York. 25./V. 1894. U. Mon. XIX. 11. 634. P.-A. an der Tonsille (Mann.)

Ohmann-Dusmenil (Vereinigte Staaten). Double chancre a distance. Au inguiry into syphilitic auto-inoculation. The St. Louis Med. and Surg. Journ. Juli 1892. Ref. Arch. XXV. 1893, p. 881. 2 Fälle von P.-A. an den Lippen und gleichzeitig an den Genitalien.



Oppenheim (Deutschland). B. D. G. 2. Mai 1893. U. Mon. XVII. 3. 1893, p. 167 Doppelter P.-A. an der Oberlippe durch Kuss.

Oussas (Russland). Soc. russe de syphiligr. et de Derm., séance du 29. fèvr. 1892. Journ. de mal. cut. et syph. IV. 1892, p. 271. P.-A. an r. Tonsille und hint. piliar. (Frau). Mann hat Lues. Soc. russe 19./XII. 1892. Journ. mal. cut. 1893, p. 397. P.-A. an der Brust durch Stillen ihres eigenen Kindes, dessen „Syphilis älter ist" als die der Mutter??

Palm (Deutschland). B. D. G. 2. Mai 1893. U. Mon. XVII. 3. 1893, p. 168. 1 Fall von zwei Sclerosen an der Oberlippe.

Pauly (Frankreich). Soc. de sciences méd. de Lyon. Lyon medic. Ref. Journ. mal. cut. 1892, p. 342. P.-A. an der Stirn an Stelle einer Wunde, welche 1½ Monat vorher dadurch verursacht wurde, dass ein Brett auf die Stirn fiel, sowie eine fragliche 2. Sclerose auf der r. Wange. — Un cas de réinfection syphilitique. An. 1892, p. 690. P.-A. an Unterlippe und Penis zugleich.

Pellizzari (Italien). Acad. medica-fisica zu Florenz. U. Mon. 19., 11. p. 634. P.-A. am l. Scheitelbein. (Kind.) Mutter Lues sec. P.-A. auf der Nase, nach Schlag mit einem Schlüssel.

Perceau (Frankreich). Étude sur le chancre syphilitique du rectum. Thése Paris 1894. H. Jouve. p. 36. P.-A. im Rectum. 1½ Cm. oberhalb der Analöffnung bei einem Manne. Pàderast.

Petersen (Russland). Ueber extragenit. Syphilisinfection. Protokolle der Ver. St. Petersburger Aerzte 14./XII. 1893. Ref. St. Petersb. Med. Woch. 1894, p. 67. Ref. Arch. XXXII, p. 305. P.-A. an der Unterlippe. P.-A. am Finger. P.-A. an der Tonsille. — Soc. russe de syphiligr. et de derm. séance du 28. Novbr. 1892. Ref. Journ. mal. cut. 1893, p. 140. P.-A. an Index und Med. der rechten Hand einer Frau, die seit Monaten an Handekzem litt.

Petrini (Rumänien). Quelques mots sur les chancres extra génitaux. Presse médic. roumaine, èdit. franc. 25. Oct. et 24. Novbr. 1894, p. 1 et 17. P.-A. am Daumen. P.-A. an der Unterlippe. P.-A. an der Mundschleimhaut.

Pick (Oesterreich). Extragenit. Syphilis-Infection. Verein deutscher Aerzte in Prag. Prager med. Wochenschr. 1894, Nr. 17. Ref. Arch. XXXII, p. 305. P.-A. an der Unterlippe. P.-A. am Zeigefinger. (Mann.)

Potaillon. Cit. von d'Aulnay.

Prengrueber (Frankreich). Une inoculation expérimentale de Syphilis à l'homme. Journ. mal. cut. V. 1893, p. 564. P.-A. am Arm eines Studenten, der von einem Arzte durch eine Vaccine „immun" gemacht und dann mit Secret eines Ulcère syphilitique am Arm geimpft worden war.

Profeta (Italien). Due casi di medicina forense della sifilide. Genova 1895, Fratelli. Ref. Giorn. ital. 1895, p. 260. P.-A. an der Brustwarze einer Amme.



Protzek (Deutschland). Ueber extragentiale Primäraffecte und ihre Diagnose. Inang.-Diss. Breslau 1891. Th. Schatzki. 71 P.-A. an den Lippen. 2 P.-A am Gaumen. 2 P.-A. am Arm. 1 P.-A. an der Bauchhaut. 1 P.-A. am Anus. 3 P.-A. an der Brust. 1 P.-A. durch Tätowirung. Ferner wahrscheinlich 1. P.-A. am Auge bei einem Säugling durch die Wärterin. 2. P.-A. an der Brust bei dessen Mutter.

Ravoglio (Verein. Staaten). Geschwüriges Syphilid des Pharynx. Mon. XXI./3, p. 109. P.-A. an der Innenseite des r. Daumens.

Reboul (Frankreich). Recherches sur l'ètiologie des chancres syphilitiques céphaliques. Thèse de Bordeaux 1892/93. Ref. Annal. 1893, p. 1244. 5 P.-A. an den Unterlippen. (1 durch in den Mund genommenen Tapezier-Nagel, 1 durch Rasiren, 2 bei Glasbläsern.) 1 P.-A. an der Zunge. 1 P.-A. an den Tonsillen. 2 P.-A. am Nasenloch. 3 P.-A. am Kinn (durch Rasiren).

Rehm (Deutschland). Sanitätsbericht der Stadt Frankfurt a. M. für 1890. P.-A. an der Unterlippe.

Reiss (Oesterreich). Ueber die im Verlaufe der Syphilis vorkommenden Blutveränderungen in Bezug auf die Therapie. Ref. Arch. p. 221 u. f. P.-A. an der Unterlippe eines Mannes. P.-A. an der l. Tonsille eines Mannes.

Respighi (Italien). Rif. med. 1895, 3. Ref. Mon. XX. p. 695. P.-A. am Daumenballen einer Frau, die bei der Entbindung einer syphitischen Frau assistirt hatte.

Ricketts (Verein. Staaten.) Prymary Syphilis and Gonorrhoe in Children. The Journ. of the Americ. med. Association. XXI., 25 16/XII. 1893, p. 923. Ref. Archiv. XXXII. p. 312. Zwei Fälle von Sclerosen am Anus bei Knaben. Infection durch Päderastie. 1 Fall von Sclerose am Munde.

Riff (Deutschland). Ueber einige Fälle von Syphilis im späteren Kindes- und Jugendalter. Inang.-Diss. zu Strassburg. Wien 1887. P.-A. zwischen 3 und 4 Finger bei Hebamme (Beruf). P.-A. an der Unterlippe bei 9jährigem Mädchen. (Infection durch das Dienstmädchen.)

Rille (Oesterreich). W. D. G. 6./III. 1895. Ref. Arch. XXXI. p. 435. P.-A. an der l. Tonsille. (Frau.)

Robinson (Vereinigte Staat.). The New-York Dermatol. Soc. 241. med. 26./II. 1895. Ref. Journ. of. cut. and ven. Dis. 1895. p. 263. P.-A an der Untrlippe. (Mann.)

Robinson (England). Non descript chancres. The Lancet 30. September 1893. Ref. Arch. XXXI. p. 136. P.-A. an der Wange eines mit Acne behafteten Studenten, der bei einer durch U. D. hervorgerufenen Phimosenoperation assistirt hatte. Inf. durch eigenen Finger beim Ausdrücken der Acne.

Rochon (Frankreich). Chancre induré du lobule de l'oreille. Médec. med. 21 juillet 1894. p. 914. Ref. Annal 1895. p. 95. P.-A. am r. Ohrläppchen. Inf. durch Stechen für den Ohrring.



Rolland (Frankreich). Recueil d'opth. 1894 Nr. 1. Ref. U. Mon. XIX. p. 657. P.-A. an der inneren Fläche des unteren Augenlides.

Rona (Oesterreich). Verein der Spitalsärzte in Budapest. Ref. Arch. XXXIII. p. 450. P.-A. an Gingiva. (Frau.)

Rosenberg (Deutschland). Laryngol. Gesellsch. Berlin. 3./XI. 1893. Ref. Derm. Zeitschr. I. 1893/94. 3. p. 275. P.-A. der Tonsille. (Inf. d. Trinkgefäss.)

Rosenthal (Deutschland). B. D. G. 8. Mai 1894. Ref. Arch. XXIX. p. 288. P.-A. am Zahnfleisch des Oberkiefers. (Durch Zahnarzt.)

Rouanet. De la niastites syphilitiques chez l'homme. Le mercr. méd. 13. Febr. 1895. Nr. 4. Ref. Arch. XXXIII. p. 282. P.-A. am äuss. Augenwinkel. (Mann.)

Saalfeld (Deutschland). B. D. G. 13./III. 1894. Mon. XVIII. p. 554. P.-A. an den Tonsillen. Kind, infic. durch Stiefvater.

Sandberg (Russland). Syphilis im russischen Dorfe. Ref. Archiv. XXXI. p. 402. 1 P.-A. an der Oberlippe. 1 P.-A. an der l. Tonsille. 1 P.-A. an der r. Brustwarze. 1 P.-A. an der r. Brustwarze.

Santopadre (Italien). Sifilide ereditaria Sintomi e riflessione sopra una sentenza della corte di Cassazione. Il Raccoglitore medico 1894 Nr. 17/18. Ref. Arch. XXXII. p. 461. Ein Kind aus dem Findelhaus, dessen Mutter keine Spur von Syphilis aufwies, wurde 3 Mon. alt einer Amme übergeben, ohne dass Lues-Symptome aufgetreten wären. Dort wurde zuerst inficirt mit P.-A. die Amme, diese inficirte ihren Mann und ihre beiden Kinder.

Saul (Deutschland). B. D. G. 7./V. 1895. Arch. 32 p. 252. P.-A. am Zahnfleisch durch gemeinsames Trinkgefäss mit luetischem Wirth.

Schiff (Oesterreich). Wiener med. Club. Sitzg. v. Oct.-Novbr. 1893. Ref. D. M. Z. 1893. 93. p. 1057. P.-A. an der Urethralmündung eines Kindes. (Mod.?)

Schmidt (Deutschland). Med. Gesellsch. Leipzig, 24. V. 1887. Schmidt's Jahrb. 215, 1887. p. 86. P.-A. an der Tonsille. (Mädchen.)

Schreuss (Deutschland). Ein Fall von seltener indirecter Uebertragung von Syphilis. Der ärztliche Praktiker. 1894. Nr. 47. Ref. Mon. XX. p. 696. P.-A. an der Unterlippe einer Frau, die das Saughütchen ihres luetischen Pfleglings oft in den Mund genommen.

Schroetter (Oesterreich). Ueber das Vorkommen der Syphilis in den oberen Luftwegen. Wien. klin. Wochenschr.? Nr. 37 und 38. Ref. Arch. XXV. 1893. p. 225. 2 Fälle von P.-A. an den Tonsillen, einer durch Tubencatheter veranlasst.

Seiffert (Deutschland). Syphilis der oberen Luftwege. Deutsch. med. Wochenschr. 1893, 42. p. 1077. P.-A. an den Tonsillen.

Serdukof (Russland). Soc. russ. 28 Mars 1892. Journ. mal. cut. IV. 1892. p. 391. P.-A. an der r. Tonsille. P.-A. an der oberen Hälfte des r. Gaumens. Beide wahrscheinlich durch Mitrauchen einer Cigarette.

Servin (Belgien). Doppelte syphil. Infection. La presse méd. belge 1894 Nr. 6. Ref. U. Mon. XIX. 5. p. 267. 1 P.-A. zugleich an Unterlippe und Mammilla. (Frau.) 1 P.-A. zugleich an Unterlippe u. Zahnfleisch. (Frau.)

Sick (Deutschland). Ueber die Exstirpation des Rectums bei syphilitischer Erkrankuug. Jahrbuch der Hamburg. Staats-Kranken-anstalten. Mon. XVI. 10. p. 485. 1 P.-A. am Anus. (Mann.) 9 P.-A. am Anus. (Frauen.) 3 P.-A. am Anus et perin. (Frauen.)

Siepe (Deutschland). Ueber extragenital localisirte Initialsclerosen. Inaug. Diss. Bonn, 1892. Jos. Bach. Ww. 11 Fälle aus der Doutrele-pont'schen Klinik vom 5./V. 1890—5./V. 1892. 1 P.-A. an der Unterlippe. (Mann.) 2 P.-A. an der Unterlippe. (Frauen, bei 1 durch Kuss.) 1 P.-A. an der Unterlippe und Oberlippe. (Frau.) 1 P.-A. an der Wangenschleimhaut hinter dem link. Mundwinkel. (Frau). 1 P.-A. an dem r. Mundwinkel. (Knabe.) 1 P.-A. an der r. Wangenschleimhaut und Lücke zwischen den Zähnen des Ober- und Unterkiefers. 1 P.-A. an der r. Tonsille (Frau, deren Schwester Lues hatte.) 2 P.-A. an den Fingern von Heb-ammen. 1 P.-A. an der link. Hüfte. (Kind, das mit dem luetischen Vater zusammenschlief.)

Snell (England). Ophthalmolog. Soriety. 13 juin 1895. Ref. Journ. mal. cut. et syph. 1895. 8. p. 506. 9 P.-A. (Fälle) an Augenlidern.

Souplet (Frankreich). Soc. frc. séance du 14./XII. 1893. Ref. An. 1893 p. 1316. P.-A. des ob. Augenlides bei Kellnerin durch Kuss.

Spiegler (Oesterreich). W. D. G. 21./II. 1894. Ref. Arch. 27. p. 438. 1 P.-A. an der Oberlippe, 18jähr. Mädchen.

Spillmann (Frankreich). Un cas de syphilis secondaire. Rev. médic. de l'Est. Ref. Journ. mal. cut. et syph. 1893. p. 362. P.-A. Inf. der Amme durch heredit. luet. Kind.

Spillmann et Etienne. Syphilis familiale. Ref. Annal. 1894. 6. p. 642. 1. P.-A. am Kinn des Mannes durch Rasiren. 2. P.-A. an l. Brust bei Frau von 1. 3. P.-A. an Brust bei Frau, die zugleich Kind und das hered. luetische Enkelkind gestillt, und dann ihren Mann inficirt. 4. Fall von Dr. Lerond, Beaugée. P.-A. an der Unterlippe einer Frau, (deren Tochter Lues. Mod. wahrscheinlich Object de cuisine), inficirt dann ihren Mann. 5. P.-A. am l. Mundwinkel. Frau, die her. L. Enkel pflegte. 6. P.-A. am Nasenflügel. Frau, Mann hatte L.

Staudish (Vereinigte Staat.). Two cases of chankre of the eyelit. with an account of the Manner of infection. Boston med. and surg. Journ. 8. mars 1894. p. 237. Ref. Annal. 1894. p. 918. 2 Fälle von P.-A. an den Augenlidern durch gemeinschaftl. Gebrauch von Handtüchern.

Tanago (Italien). Rivista clinica Madrid. 1895. Ref. Mon. XX. p. 698. P.-A. am Zahnfleisch über dem recht. ob. Schneidezahn b. Frau.

Taylor (Vereinigte Staat.). Acase of multiple chancres. The Americ. associat. of genit.-urin surg. Seventh annual med. Juni 1893. Ref. Journ. of cut. and genit-urin. dis. XI. 1893. p. 319. P.-A. an der Lippe und gleichz. an der Genit. (Mann.) P.-A. auf dem Kopfe eines Mannes, der nach Liebkosung eines luetischen Weibes sich Mosquitostiche gekratzt hatte. — The New-York Dermat. Soc. med. of 24./IX. 1895. Ref. Journ. of cut. and gen.-ur. dis. XIII. 1895. p. 505 u. f. P.-A. an der Wange nach Coit. mit Soubrette. P.-A. am Kinn bei jung. Mädchen.



P.-A. am harten Gaumen. P.-A. an der Nasenspitze durch Biss. P.-A. an der r. ala nasi. 2 P.-A. an Augenlidern. — Med. Record. Vol. 39 Nr. 3. Ref. Arch. f. Derm. XXV. 1893. p. 211. 3 Fälle von P.-A. an den Fingern.

Tchapine (Russland). Soc. russe 31./X. 1891. Journ. mal. cut. 1893. p. 101. 2 Fälle von P.-A. an den Tonsillen, bei denen in einem, einer Virgo die Halsdrüsenschwellg. für Phegmone angesehen und incidirt wurde. — Soc. russe. 19./XII. 1892. Journ. mal. cut. 1883. p. 537. P.-A. an der Unterlippe. (Frau.) P.-A. an der r. Mamma. (Durch Säugling.)

Thibierge (Frankreich). Soc. frc. de Derm. 9. III. 1893. Ref. Annal. 1893. p. 276. 1 P.-A. am r. Zeigefinger. — Soc. frc. 9./III. 1893. Ref. ebenda. 1 P.-A. am r. Index. (Mann.)

Toeplitz (Vereinigte Staat.). Clinical contribution to the study of aural syphilis. The New-York med. Journ. 7. Oct. 1893 p. 394. Ref. Annal. 1894. p. 408. P.-A. am l. Mittelfinger. (Arzt.)

Tschistiakoff (Russland). Soc. de syph. et Derm. de St. Petersb., séane du 30./X. 1893. Ref. Annal 1894. p. 252. P.-A. an der r. Tonsille. — Soc. russe 28./III. 1892. Journ. mal. cut. IV. 1892. p. 391. P.-A. an der Oberlippe. — Soc. russe 28./I. 1895. Ref. Annal, 1895. p. 587. P.-A. am Finger. (Arzt.) P.-A. am Finger. (Hebamme.) 2 P.-A. an den Lippen. P.-A. an der Mundschleimhaut einer Frau (coit. ab ore). P.-A. am Kinn. (Rasiren.)

Vauthey (Frankreich). Deux localisations pas fréquentes du chancre infectant. La province med. 16 Mars 1895. Ref. Arch. XXXII. p. 305. P.-A. am Kinn. (Wahrscheinlich durch Rasiren.)

Vedenski (Russland). Soc. russe 29./II. 1892. Journ. mal. cut. IV. 1892. p. 271. 4 Fälle von P.-A. an der Oberlippe. 2 Fälle von P.-A. an der Unterlippe. 1 Fall von P.-A. am r. Gaumenbogen. 2 Fälle von P.-A. an den l. Tonsillen. 2 Fälle von P.-A. an den Brustwarzen. — Soc. russe 28./XI. 1892. Ref. Journ. mal. cut. 1893. p. 140. P.-A. am Index. — Soc. russe 19./XII. 1892. Ref. Journ. mal. cut. 1893. p. 538. cit. 6 Beobacht. von Moskalioff. 1 P.-A. an der Ober- u. Unterlippe und r. Tonsille. (Mann). 1 P.-A. an der Unterlippe. (Mann.) 1 P.-A. an der Oberlippe. (Mann.) 1 P.-A. an der Zunge. (Kind durch Amme.) 1 P.-A. am Hals (rechte Seite, durch Rasiren). 1 P.-A. am Bauch (dicht über Monsvener, wahrscheinlich durch coit.). — Soc. russe 28./III. 1892. Journ. mal. cut. IV. 1892. p. 391. P.-A. an der oberen Hälfte beider Gaumenbögen.

Vignes (Frankreich). Chancres syphilitiques de la paupière et de la conjonctive. Le progr. méd. 1894. Nr. 8. Ref. Arch. 31, p. 137. P.-A. an Conj. palpebr. bei der Wärterin e. Σ Kindes. P.-A. an Conj. bulbi d. Kuss.

Voll (Deutschland). Ungewöhnlicher Sitz eines Primäraffectes. Münch. med. Wochenschr. 1895, 5. Journ. of cut. and gen.-ur. dis. 1895, p. 400. P.-A. an r. Seite des Rückens in der Gegend der 10. Rippe bei einem j. Mädchen.

Wappner (Oesterreich). W. D. G. 22./XI. 1893. Ref. Arch. XXVII, p. 1891. P.-A. an der Oberlippe. (Mann.)



Welander (Schweden). Owanligt swärt Förloppaf Syphilis. Hygiea 1886, p. 684. Virchow-Hirsch. 1887, 2 p. 647. P.-A. durch Circumcision.

Winfield (Verein. Staat.). Brooklyn. Dermat. and Genit.-Urin. Soc. Sitzg. v. April 1893. U. Mon. XVIII., 10, 1894, p. 470. P.-A. a. d. Unterl.

Winternitz (Oesterreich). Blennorrhagie, Syphilis und Hautkrankheiten. Aus dem Jahresber. des polikl. Inst. der k. k. deutschen Universität Prag für das Jahr 1891. U. Mon. XVII. 1, 1893, p. 32. 2 Fälle von P.-A. an der Unterlippe. — Jahresbericht f. 1892. U. Mon. XIX. p. 263. 2 Fälle von P.-A. am Oberschenkel.

X. (Frankreich). Hereditäre Lues. La médec. moderne 1893. Nr. 18. Ref. Arch. XXVIII. P.-A. an der Brust der Amme eines luet. Kindes.

Zabolowsky (Russland). Statistische Angaben über extragen. Infect. mit Lues aus der Polikl. des Miasnitzki'schen Krankenhauses in Moskau. Ber. d. Mosk. venerol. u. dermat. Gesellsch. 1893/94 III. Vom 1. Juli 1890 bis 1. Juli 1893, insgesammt 139 P.-A. (62 M. 77 Weib.) und zwar an den Tonsillen 104, an beiden Tons. 30, an l. Ton. 42, an r. Ton. 32. Darunter 52 M., 52 Weiber, davon 26 Kinder. An den Lippen 12, an der Oberl. 9, an der Unterlippe 2, an beiden Lippen 1, an der Mamma 16 (darunter 4 Ammen), an der r. Wange 1, am l. oberen Augenlid 1, an der Nase 1 (Biss), an der r. Schulter 1, am r. Oberarm 1, am Bauch 1 und am r. Oberschenkel 1 P.-A.

Zarewicz (Oesterreich). Ueber die Autoinoculation des primären syphilitischen Geschwüres. Arch. XXXII, p. 393. P.-A. an der Zunge und, später aufgetreten, an der Oberlippe.

Tauberbischofsheim. Impfschädigung. Aerztliche Mitth. aus Baden 1886. Nr. 21 u. 22. Schmidt's Jahrb. Bd. 217, p. 186. 4 Kinder inficirt bei der Impfung.



Aus der venerischen Abtheilung des Primararzt Docent Dr. S. Róna im St. Rochusspital zu Budapest.

Ueber Periproctitis gonorrhoeica.

Von

Dr. **Alfréd Huber,**
Praktikant der Abtheilung.

Die diagnosticirten Fälle der Rectalgonorrhoe gehören heutzutage nicht mehr zu den Seltenheiten. Während noch vor einigen Jahren Neisser, Bumm, Frisch, Staub, Neuberger, Nobel auf Grund von wenigen beobachteten Fällen über die gonorrhoeische Erkrankung des Rectums berichteten, tritt nunmehr Baer mit einer formellen und vielsagenden Statistik der Rectalgonorrhoe vor die ärztliche Welt. Baer untersuchte 191 gonorrhoeische Frauen, worunter er 67 fand, die gleichzeitig an Rectalgonorrhoe erkrankt waren. Diese Zahl entsprach demnach 35·1% sämmtlicher zur Untersuchung gelangter Fälle. Unsere Abtheilung verfügt zwar bis jetzt noch über keine regelrechte Statistik der Rectalgonorrhoe, wir haben aber die Erkrankung dennoch schon in vielen Fällen beobachtet.

Der Umstand, dass wir der Rectalgonorrhoe heutzutage öfters begegnen, hat seine Erklärung in erster Reihe darin, dass wir uns nunmehr nicht mit der blossen subjectiven Klage des gonorrhoeischen Patienten begnügen, sondern dass wir die Rectalgonorrhoe geradezu suchen; denn wir gehen aus der Thatsache aus, dass die Rectalgonorrhoe, besonders im subacuten Stadium, sehr oft aber auch im acuten Stadium keine subjectiven Beschwerden verursacht, oder höchstens nur von solchen unbedeutenden Symptomen begleitet ist (Jucken etc.), die der gonorrhoeische Kranke, mit der



specifischen Erkrankung seines Rectums nicht in Zusammenhang bringt.

In dem Masse, wie sich die Referate über Fälle von Rectalgonorrhoe mehren, mehren sich auch die Fälle von denjenigen Complicationen, die mit der gonorrhoeischen Erkrankung des Rectums in Zusammenhange stehen.

An dieser Stelle bringe ich ein Referat über drei, mit Periproctitis complicirten Fällen von Rectalgonorrhoe; den ersten Fall hat Dr. Róna beobachtet und der Gesellschaft der Spitalsärzte (am 23. Jänner 1895) vorgestellt, die übrigen zwei Fälle habe ich auf der Abtheilung des Dr. Róna selbst beobachtet.

I. Fall. N. E. puella publica. Aufgenommen am 6. November 1894. Status praesens: Urethro-Cystitis, Endo-Cervicitis, entzündlicher Tubar- und Ovarial-Tumor. Kleine Erosion am Uterusmund. Im Secret der Urethra und des Cervix sind viele Gonococcen. Das Vaginalsecret ist gonococcenfrei.

Am 3. December wurde bei der ärztlichen Visite am linken Glutaeus ein spontan eröffneter Abscess gefunden; der Abscess entstand in der Menstrualwoche und wurde verheimlicht. Die Sonde gelangt, in die Abscesshöhle geführt, durch einen Hohlgang bis zur Rectalwand. Da die Vermuthung oblag, dass das Grundleiden Rectalgonorrhoe sei, wurde die Untersuchung in dieser Richtung weitergeführt. Auf Druck entleerte sich aus der Analöffnung Eiter tropfenweise. Im Secret wurden Eiterzellen in grosser Menge vorgefunden und theils innerhalb, theils ausserhalb dieser Zellen waren Gonococcenhaufen in grosser Menge vorhanden. An dem darauffolgenden Tag wurde das Rectum mittels Spiegel untersucht und es ergab sich folgender Befund: die Falten des Sphincter ani waren excoriirt, die Schleimhaut war in der Ausdehnung von 5—6 Cm. von der Analöffnung dunkelroth und gequollen; auf der linken Wand des Rectums war eine beiläufig erbsengrosse blutende Fläche sichtbar. Bei Aufnahme der anamnestischen Daten erzählt Patientin, dass sie bereits seit etwa einen Monat schmerzhaften Stuhl und quälenden Tenesmus habe.

II. Fall. W. E. puella publica. Aufgenommen am 1. December 1896. Status praesens: Ulcus venerum orificii urethrae. Urethritis. Papillomata introitus vaginae. Narbe an Stelle der linken Bartholini'schen Drüse. Cervicitis. Papillomata circa anum. Psoriasis mammarum atypica. Herpes labialis. Tonsillitis hypertrophica lateris utriusque. Sycosis alae nasi. Rechts neben der Analöffnung fistelförmige Vertiefung. Im Secret der Urethra, Cervix und des Rectum waren massenhaft typische Gonococcenhaufen, theils intra-, theils extracellulär. Am Aufnahmstage konnte man aus der Fistel kein Secret auspressen. Die Fistel entstand durch spontanen

Durchbruch einer seit 2 Monate bestehenden abscedirten Infiltration in der Nähe der Analöffnung.

1896. XII. 23. Aus der Fistel entleert sich auf Druck ein Tropfen gelblichweisser Eiter. Im Secret der Fistel waren polynucleäre Leukocyten und ausschliesslich Gonococcen, theils frei, theils in Eiterzellen gebettet.

1897. I. 19. Die 5 Cm. lange incomplete Fistel wurde durch Operation complet gemacht. Vor und nach der Operation ist Patientin vollständig fieberfrei.

1897. II. 13. Morgens und Abends geringe Temperaturerhöhung, hervorgerufen durch eine hochgradige folliculäre Tonsillitis.

Patientin wurde am 26. Februar geheilt entlassen.

III. Fall. K. M. puella publica. Aufgenommen am 6. Jänner 1897. Status praesens: Urethritis. Im Introitus links eine nagelgrosse erodirte Fläche. Vaginitis. Proctitis. Die Falten des Sphincter ani sind erodirt. Rechts neben der Analöffnung ist ein nussgrosser, harter und schmerzhafter Tumor palpirbar. Im Secret der Urethra, Vagina und des Rectums waren massenhaft polynucleäre Leukocyten und Gonococcen, letztere theils frei, theils in Eiterzellen gebettet.

1897. II. 24. Da die perianale Infiltration fluctuirte, wurde selbe am heutigen Tage eröffnet. Im eitrigen Secret waren polynucleäre Leukocyten und zahlreiche Gonococcen, letztere theils frei, theils in Eiterzellen geschlossen.

Patientin hatte am 27. und 28. Jänner Abends geringe Temperaturerhöhung (38° C. und 38° C.); abgesehen hievon war Patientin aber während ihres ganzen Spitalsaufenthaltes fortwährend fieberfrei.

Patientin wurde ungeheilt entlassen.

Wie wir aus den in Kürze geschilderten Krankheitsgeschichten sehen, haben wir bisher drei Fälle von Gonorrhoea Recti, complicirt mit Periproctitis, aufzuzeichnen.

Es sei mir erlaubt, in Anschluss an diese drei Fälle die Complicationen der Rectalgonorrhoee und die in Folge dieser auftretenden consecutiven Veränderungen kritisch zu würdigen.

Es ist allbekannt, dass die Rectalgonorrhoee eine ebenso specifische Erkrankung der Rectalschleimhaut ist, wie die Urethralgonorrhoee eine specifische Entzündung der Urethralschleimhaut bildet. Zwischen Rectal- und Urethral-Gonorrhoee besteht aber die Analogie nicht nur in dem Umstande, dass der Krankheitserreger in beiden Fällen der Neisser'sche Gonococcus ist, sondern das benannter Diplococcus sowohl in der Harnröhre, als auch im Rectum gleiche Veränderungen



der afficirten Schleimhaut hervorruft. Aus dieser, zwischen Urethral- und Rectalgonorrhoe bestehenden Analogie will ich aber den Umstand besonders hervorheben, dass bei der Rectalgonorrhoe nicht nur der normale Verlauf, sondern auch die sich zu dieser Erkrankung gesellenden Complicationen theilweise dieselben charakteristischen objectiven Symptome dem Auge des Beobachters bieten, die wir im Verlaufe der Urethralgonorrhoe schon sehr oft Gelegenheit hatten zu beobachten. Also mit einem Wort: wir müssen die normal verlaufende und complicirte Rectalgonorrhoe als einen ebenso analogen Vorgang auffassen, wie wir dies bei dem normalen Verlauf und bei der complicirten Urethralgonorrhoe gelernt haben.

Sowohl beim Tripper der Harnröhre, als auch bei der Rectalgonorrhoe sehen wir, dass in manchen Fällen der ganze pathologische Process nicht nur auf den obersten Schichten der Schleimhaut verlauft, sondern auch Tendenz zeigt, sich in die Tiefe zu verbreiten. Dass dies der Fall ist, bezeugen nicht nur die histologischen Präparate Frisch's, die er aus der Schleimhaut einer rectalgonorrhoeischen Kranken, und nach dem Tode derselben Kranken aus der ganzen Rectalwand verfertigte, sondern auch jene von mir oben in Kürze geschilderten Krankengeschichten, aus welchen wir auch durch den mikroskopischen Fund bestätigte Ueberzeugung gewinnen, dass die im Verlaufe einer Rectalgonorrhoe auftretende Periproctitis, die Folge einer Einwanderung des gonorrhoeischen Virus in die Tiefe ist, denn im Secrete des als Folgezustand entstandenen Abscesses und Fistel fand ich die specifischen Mikroben.

Der gonorrhoeische Process bleibt aber sowohl in der Urethra, als auch im Rectum in den meisten Fällen nur auf die Oberfläche beschränkt und breitet sich nur auf die Drüsengebilde aus.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass die Prädilectionsstelle des Harnröhrentrippers diejenigen Drüsen bilden, die in die Pars anterior urethrae münden. In Folge des Reizes, den der gonorrhoeische Virus ausübt, entsteht die durch hochgradige Leukocytenauswanderung charakterisirte Folliculitis und wenn der entzündliche Process auch das periglanduläre Bindegewebe



ergreift, so haben wir es mit einer Perifolliculitis oder Periurethritis zu thun.

Ich habe es für nothwendig erachtet, das soeben Gesagte vorhergehen zu lassen, denn nach unserem heutigen Wissen müssen wir die Rectalgonorrhoe als eine der oben geschilderten Folliculitis und Perifolliculitis ganz analogen Vorgang auffassen.

Aus den Untersuchungen Frisch's ist zu ersehen, dass auch bei der Rectalgonorrhoe die Lieberkühn'schen Drüsen afficirt werden: hier haben wir es also auch mit einer Folliculitis zu thun; wenn nunmehr die gonorrhoeische Entzündung auch auf das periglanduläre Bindegewebe übergeht, dann entsteht auch in diesem Falle, so wie wir dies bei der Urethralgonorrhoe gesehen haben, eine Perifolliculitis. Auf diese Weise betrachtet, wird uns die Rectalgonorrhoe als eine der Urethralgonorrhoe vollständig analoger Vorgang, nicht mehr so sehr unbekannt vorkommen, und so werden wir uns die im Anschluss an eine Rectalgonorrhoe entstandene Periproctitis auch erklären können.

Wenn die bei der Gonorrhoea recti vorhandene Infiltration im periglandulären Bindegewebe an Masse zunimmt, so entsteht ein Abscess, welcher, wie das die Untersuchungen Frisch's bezeugen, durch die schon präformirten Bindegewebsspalten nach aussen oder nach innen, oder nach aussen und innen durchbrechen kann. Diese Abscesse müssen wir demnach, ebenso wie auch die periurethralen Abscesse, als Jadassohn'sche Pseudoabscesse auffassen, die in Folge Retention von gonorrhoeischem Eiter entstanden sind; auf Grund des mikroskopischen Befundes ist es sehr wahrscheinlich, dass diese im Anschlusse an einer Rectalgonorrhoe entstandenen Complicationen im strengsten Sinne des Wortes Complicationen und keine Mischinfectionen sind, die durch andere nicht specifische Coccen hervorgerufen werden; es ist aber natürlich nicht ausgeschlossen, dass ähnliche Abscesse auch durch solche nicht specifische Mikroorganismen entstehen können.

Von den im Anschlusse an eine Rectalgonorrhoe ent-



standenen Fisteln brauche ich nichts weiteres zu sagen, da diese aus spontan oder künstlich geöffneten Abscessen ebenso entstehen, wie alle anderen Fisteln.

Die als Folgezustand einer Rectalgonorrhoe vorhandene Periproctitis zeugt dafür, dass die Rectalgonorrhoee bei dem betreffenden Individuum acut oder subacut verläuft.

Auf Grund der zwischen Urethral- und Rectalgonorrhoe vorhandenen Analogie ist es sehr wahrscheinlich, dass gerade die geschilderten, einer Perifolliculitis entsprechenden Vorgänge jene Erkrankung bildet, die nach längerem Persistiren eine hochgradige Strictur des Rectalrohres hervorruft.

Was die mit der Rectalgonorrhoe sehr oft in Zusammenhang gebrachten Geschwüre anbelangt, so glaube ich, dass diesen bei der Gonorrhoee des Rectums wenigstens, bei weitem nicht jene Bedeutung zukömmt, die ihnen durch einige Forscher beigemessen wird, und zwar, weil:

1. Auch bei der Urethralgonorrhoe, mit der die Rectalgonorrhoe analog ist — Geschwüre zu den grössten Seltenheiten gehören.

2. H. Dr. Róna, bei der Spiegeluntersuchung von Kranken, die an Rectalgonorrhoe litten, in keinem einzigen Falle Geschwüre vorfand.

Wenn wir nun das Gesagte kurz zusammenfassen, so ergibt sich folgender Schluss:

1. Die Rectalgonorrhoe ist eine verhältnissmässig sehr häufige und specifische Erkrankung der Rectalschleimhaut, welche in ihrem Verlaufe mit der Urethralgonorrhoe ganz analog ist.

2. Die Rectalgonorrhoe kann ihren Sitz auch in den Lieberkühn'schen Drüsen und im periglandulärem Bindegewebe haben und dann ist die Perifolliculitis des Rectums mit der Perifolliculitis der Urethra ganz analog.

3. Die im Anschlusse an eine Rectalgonorrhoe auftretenden Abscesse sind denjenigen Jadassohn'schen Abscessen ganz analog, die im peri-



urethralen Bindegewebe, in der Prostata und den Bartholini'schen Drüsen zur Beobachtung gelangen.

4. Ich muss besonders hervorheben, dass die bei einer Rectalgonorrhoe vorhandene Folliculitis und Perifolliculitis von grosser Bedeutung ist für die Prognose der Rectalerkrankung, denn es ist sehr wahrscheinlich, dass gerade solche Fälle zu einer hochgradigen Strictur des Rectumrohres führen.

5. Im Verlaufe der Rectalgonorrhoe sind die Geschwüre sehr selten.

Aus der k. k. dermatologischen Universitätsklinik von Prof. F. J. Pick in Prag.

Zur Therapie der Gonorrhoe.

Aus dem klinischen Jahresberichte vom Jahre 1894.

Von

Priv.-Doc. Dr. **Th. Spietschka,**

früherem Assistenten der Klinik.

Unter den verschiedenen Versuchen, welche an der Klinik in Bezug auf die Therapie der Gonorrhoe angestellt wurden, befand sich auch eine Versuchsreihe, deren Princip sich aus den Angaben Behring's über die vorzüglichen antiseptischen Eigenschaften von Silberlösungen, namentlich für die günstige Beeinflussung localer Erkrankungen, welche durch Mikroorganismen erzeugt werden, ergeben hatten. Bei 5 Gonorrhoen hatte er bei Behandlung mit verschiedenen Silberlösungen mit einem Silbergehalte von 1 : 7500 ausnahmslos nach 3 Injectionen Verschwinden der Neisser'schen Gonococcen im Secrete beobachtet. Am vortheilhaftesten zeigten sich bei seinen Versuchen jene Lösungen, welche mit den Chloriden und den Eiweissstoffen des Körpers keine Niederschläge ergeben.

Unter den verschiedenen löslichen Silbersalzen nimmt das Argentum nitricum seit langer Zeit bei der Behandlung der Gonorrhoe einen wohlbewährten festen Platz ein, und findet auch an unserer Klinik in der Therapie dieser Erkrankung umfassende Verwendung. Seine allgemein bekannten ungünstigen Eigenschaften jedoch, nämlich die ausserordentliche Einschränkung der Wirkung schwächerer Lösungen in Folge der Bildung von Silberalbuminaten und Coagulation des Eiweiss durch die Salpetersäure, ferner die starke Reizwirkung der Lösungen, konnten das Bestreben nicht erlahmen lassen, Mittel zu finden, welche dieser Nachtheile entbehrten, und doch eine kräftige antibakterielle Wirkung entfalteten. Behrings Angaben über die Wirkung der Silbersalze namentlich des Silberalbuminates und die kurze Mittheilung der von seinem

Collegen in Bonn mittelst Silberchlorid erzielten Resultate schienen da auf den rechten Weg hinzuweisen.

Von den Silberalbuminaten hatte uns das Argentamin in einer kurzen Versuchsreihe keine günstigen Resultate ergeben. Die von Behring angegebene alkalische Silberalbuminatlösung jedoch ist nicht leicht zu beschaffen und in Folge dessen für die allgemeine Praxis weniger geeignet.

Die kurze Mittheilung in Behring's gesammelten Abhandlungen über die Wirkung von Silberchloridlösungen bei Gonorrhoe dagegen lautet so günstig, die Lösung selbst schien den oben erwähnten Anforderungen so weit zu entsprechen, dass es nothwendig erschien, dieselbe einer gründlichen Prüfung zu unterwerfen. Diese Prüfung liess nun Hr. Prof. Pick an seiner Klinik ausführen.

Zur Verwendung kam die von Behring angegebene Lösung: Frisch gefälltes Silberchlorid 1 Gr. in Wasser in Lösung gehalten durch 10—15 Gr. Natrium subsulfurosum. Die Behandlung wurde mittels Irrigationen durchgeführt, deren bedeutende Vortheile gegenüber den Ausspritzungen ja allgemein anerkannt sind. Das ganze Instrumentarium bestand in einem kleinen graduirten Glasirrigator, dessen 1½ Meter langer Gummischlauch mit einem für die Urethralmündung passenden Ansatzstücke aus Hartgummi armirt war.

Durch höheres oder tieferes Aufhängen des Irrigateurs wurde der Druck der Flüssigkeit regulirt, je nachdem wir nur eine Irrigation der Pars anterior oder auch der Pars posterior vornehmen wollten.

In der Regel wurde die Harnröhre eines jeden Patienten 3mal täglich, Früh, Mittags und Abends, irrigirt.

Die Concentration der Lösung entsprach Anfangs vollkommen der von Behring angegebenen, nämlich 1 : 7500. In kurzer Zeit jedoch zeigte sich bereits, dass eine derartige Lösung durchaus nicht die Wirkung entfaltete, welche wir nach Behring's Angaben erwarten mussten, weshalb wir mit der Concentration zu steigen begannen, umsomehr als bei diesen schwachen Lösungen absolut keine Reizzustände in der Urethra auftraten. So gelangten wir allmälig steigend zu den Concentrationen 1 : 400 und 1 : 200, bei denen wir erst eine günstige Wirkung constatiren konnten. Diese Concentrationen wurden auch von der Mehrzahl der Patienten gut vertragen, und daher zur Durchführung dieser Versuchsreihe verwendet, indem wir mit der geringeren Concentration begannen, und, wenn diese vollkommen gut vertragen wurde, zu der stärkeren übergingen.

Die Versuchsreihe umfasste 65 männliche Urethritiden und zwar 49 acute und 16 chronische Erkrankungen.

Bei den acuten Urethritiden wurde an der Regel festgehalten, während des ersten acutesten Stadiums keine Irrigationen vorzunehmen, sondern den Ablauf der ersten intensiven Reizzustände abzuwarten.

Die Ergebnisse der Behandlung waren folgende: Von den 49 Pat. mit acuter Urethritis wurden 11 geheilt entlassen und zwar nach einer



durchschnittlichen Behandlungsdauer von 17 Tagen; als geheilt bezeichneten wir jene Patienten, bei denen der eitrige Ausfluss vollständig aufgehört hatte, deren Harn vollständig klar und rein war, oder nur spärliche Fäden enthielt, in denen aber trotz mehrmaliger Untersuchung keine Gonococcen mehr nachgewiesen werden konnten. Zwei von diesen Patienten kehrten in der zweiten Woche nach ihrer Entlassung wieder in die Behandlung zurück, da sich bei ihnen wieder reichlicher Ausfluss eingestellt hatte; beide Patienten versicherten seit der Entlassung keinen Coitus ausgeführt zu haben; bei beiden fanden sich wieder reichlich Gonococcen vor, so dass diese zwei Erkrankungen als Recidive der früheren Urethritis aufzufassen und diese aus der Reihe der Heilungen zu streichen sind.

Hervorheben müssen wir dagegen, dass bei einzelnen Fällen der Erfolg ein ausgezeichneter war; so konnten 2 Patienten nach sechstägiger, 2 nach neuntägiger Behandlung geheilt entlassen werden, da sowohl der Ausfluss, sowie auch die Gonococcen vollständig verschwunden waren.

23 Patienten wurden nach durchschnittlich 14tägiger Behandlung gebessert entlassen; freilich war bei einer bedeutenden Anzahl dieser Fälle die Besserung eine recht geringe, da viele der Patienten nach Ablauf der ersten schmerzhaften Erscheinungen nur noch kurze Zeit im Spitale zu halten waren, so dass wir bei 12 derselben die Bemerkung „auf eigenes Verlangen entlassen" verzeichnet haben, wodurch diese Fälle für eine endgiltige Beurtheilung verloren gehen. Bei einem Pat., dessen Urethritis nach 8tägiger Behandlung bedeutend gebessert war, musste wegen Eintritt einer Nebenhodenentzündung von weiteren Irrigationen Abstand genommen werden. 10 Patienten hatten allerdings bei ihrer Entlassung eine recht bedeutende Besserung zu verzeichnen, insoferne als der Ausfluss vollständig nachgelassen hatte, der Harn klar war, und nur Fäden enthielt, in denen allerdings noch Eiterzellen und spärliche Gonococcen nachweisbar waren; doch kehrten zwei von ihnen, der eine 14 Tage, der andere 5 Wochen nach der Entlassung mit bedeutendem Ausflusse wieder zur Klinik zurück; auch diese beiden Patienten stellten jeden Beischlaf in der Zwischenzeit in Abrede.

Bei 15 Patienten endlich musste die Behandlung abgebrochen werden und eine andere eingeleitet werden, weil die Lösungen von den Patienten entweder nicht vertragen wurden, oder weil nach 3, 4—5wöchentlicher Behandlung eine bemerkenswerthe Besserung nicht zu constatiren war. Das erstere fand bei 8 Patienten statt. Bei 6 Patienten von diesen waren am 2.—7. Tage der Irrigationsbehandlung mit Silberchlorid heftige Schmerzen mit vermehrter seröseitriger Secretion aufgetreten, welche bei 2 Patienten von Blutungen aus der Harnröhre begleitet waren; bei 2 Patienten stellten sich diese heftigen Reizerscheinungen erst am 20. Tage der Irrigationsbehandlung ein. Diese Unverträglichkeit einer Anzahl Patienten gegen ein Mittel, welches von der grossen Mehrzahl ausgezeichnet vertragen wird, ist bemerkenswerth; hervorheben



wollen wir, dass die Concentration der Lösung bei diesen Patienten nicht höher war, als bei den anderen, ja dass bei Zweien die Reizzustände schon nach Anwendung der geringeren Concentration aufgetreten waren.

Bei 7 Patienten endlich verhielt sich die Krankheit trotz 3—5wöchentlicher Behandlung ganz gleichmässig, weder Ausfluss noch Gonococcen verminderten sich, im Gegentheile hatten wir bei zweien eine ganz bemerkenswerthe Verschlechterung zu verzeichnen. Bei einem von diesen Patienten hatte sich auch während der Behandlung eine Nebenhodenentzündung eingestellt.

Fassen wir diese Ergebnisse zusammen, so wurden von 49 Pat. mit acuter Gonorrhoe 9, also 18·4% geheilt; davon 4 also 8·2% mit ausserordentlich raschem, glänzenden Erfolge.

Zwei scheinbar geheilte kehrten mit heftigen Recidiven nach wenigen Tagen zur Klinik zurück = 4·1%.

23, gleich 46·9%, wurden nach durchschnittlich 14 Tagen gebessert entlassen; bei 11, gleich 22·4%, war die Besserung eine sehr erhebliche, namentlich hatte die Zahl der Gonococcen bedeutend abgenommen. Bei 12, gleich 24·5%, jedoch bestand die Besserung in einer Abnahme der Eiterung, der klare Harn enthielt nur Fäden, diese jedoch waren sehr reich an Gonococcen.

Unverträglichkeit gegen das Mittel bestand bei 8 Patienten gleich 16·3%.

Unbeeinflusst blieben nach längerer Behandlung 5 Pat., gleich 10·2%.

Eine Verschlimmerung erfolgte bei 2 Patienten = 4·1%.

Demnach ergab uns die Behandlung der acuten Gonorrhoe des Mannes mittels Irrigationen mit Silberchloridlösung neben einigen wenigen allerdings frappirenden Erfolgen schlechtere Resultate, als wir sie mit der seit Jahren an der Klinik geübten Behandlung mittels Lösungen von Argentum nitricum, Zincum sulfuricum und Cuprum sulfuricum zu erhalten gewohnt waren. Bedenkt man noch, dass das Mittel keine grosse Haltbarkeit besitzt, sondern dass seine Lösungen leicht trübe werden, dann kann unser Urtheil darüber nicht günstig lauten.

Bessere Erfolge erhielten wir bei der Behandlung der chronischen Urethritis. Zu Beginn zeigten von den 16 behandelten Fällen 13 nur spärliche Gonococcen, bei 3 waren dieselben reichlicher vorhanden. Die Behandlung dieser Patienten fand genau in der gleichen Weise statt wie bei den mit acuter Gonorrhoe behafteten. Unter diesen 16 Fällen konnten wir bei 11, das sind $68\frac{3}{4}\%$, nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 10 Tagen Heilung constatiren, das heisst, bei diesen Patienten konnten in mehreren Untersuchungen keine Gonococcen mehr nachgewiesen werden. Bei 4 Patienten waren auch die Fäden im Harne vollständig geschwunden. Auch unter diesen erfolgte die Heilung bei 2 Pat. überraschend schnell, da schon nach 3 Tagen der Harn, welcher vorher ziemlich viele Gonococcen führende Fäden enthalten hatte, vollständig klar und rein wurde.



Bei 5 Patienten, gleich 31¼%, konnten wir trotz durchschnittlich 3wöchentlicher Behandlung keine Aenderung des Krankheitszustandes erzielen und musste deshalb eine andere Therapie angewendet werden.

Versuchsweise wurden auch 5 Fälle gonorrhoischen Cervicalcatarrhes mit der Behring'schen Silberchloridlösung behandelt. Dies geschah in folgender Weise: Nach gründlicher Ausspülung der Scheide wurde ein Uteruscatheter eingeführt, und der Uterus und Cervix mit ½—1 Liter destillirten lauen Wassers durchgespült; sodann liessen wir 100—250 Gramm der Silberlösung aus dem Irrigateur unter niedrigem Drucke langsam durchfliessen. Bei diesen Fällen begannen wir mit einer Concentration der Lösung von 1 : 1600, gelangten jedoch auch hier sehr bald zu denselben Concentrationen, welche wir für die Harnröhre der Männer verwendet hatten.

Bei allen 5 Patientinen war das Cervicalsecret vorher sorgfältig auf Gonococcen und andere Mikroorganismen untersucht worden; dasselbe enthielt in 4 Fällen reichliche Gonococcen, in einem Falle bei spärlicher Secretion spärliche Gonococcen, dagegen reichliche Staphylococcen.

Im Ganzen wurden 24 derartige Irrigationen ausgeführt und zwar bei einer Patientin 7, bei einer 5, bei dreien 4; sie wurden alle von den Kranken sehr gut vertragen, bereiteten gar keine Beschwerden. Nur eine Patientin beklagte sich nach einer solchen Ausspülung über mässiges Stechen in der seitlichen Bauchgegend, eine andere über geringe Schmerzen in der Nabelgegend. Zweimal war der Ausfluss aus dem Cervix nach der Ausspülung blutig tingirt.

Leider zeigten jedoch diese Ausspülungen keinen nachhaltigen Einfluss auf die Secretion. Wohl war das Secret kurze Zeit nach der Ausspülung nicht so stark eitrig, sondern mehr dünnflüssig oder glasig. Jedoch schon nach wenigen Stunden hatte es seinen früheren Charakter wieder angenommen und floss auch in gleicher Menge. Ebenso hartnäckig verhielten sich die Gonococcen. In einem Falle hatte ihre Zahl nach 7 Ausspülungen nur um weniges abgenommen; in einem anderen, wo von Anfang an nur sehr spärliche Gonococcen nachweisbar waren, konnten wir allerdings nach 4 Irrigationen keine Gonococcen mehr finden, allein das Secret hatte weder die Menge noch seinen eitrigen Charakter geändert, und die Staphylococcen waren in gleicher Menge vorhanden wie vordem. Bei den 3 übrigen Patienten zeigten die Gonococcen nach 4 oder 5 Irrigationen gar keine Abnahme.

Dieses Verhalten der Secretion und der Gonococcen liessen uns auch von weiteren Versuchen über die Wirksamkeit des Silberchlorides beim gonorrhoischen Cervicalcatarrhe Abstand nehmen.

Die Behring'sche Lösung entfaltet, wie uns diese Versuchsreihe zeigt, in einigen wenigen Fällen eine überraschend günstige Wirkung als Heilmittel gegen die Gonorrhoe des Mannes; in einer weit grösseren Zahl ist seine Wirkung zweifelhaft, oft hat es selbst nach Wochen gar keinen Erfolg oder kann nicht in der nothwendigen Concentration an-

gewendet werden, weil es nicht vertragen wird. Unser Urtheil über dieses Mittel kann nur dahin lauten, dass man mit ihm wohl bei entsprechenden Fällen einen Versuch machen kann, dass es aber unter unseren regelmässig gegen die Gonorrhoe angewendeten Arzneimitteln keinen hervorragenden Platz einnehmen wird.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Pick, welcher mir die Veröffentlichung dieser Versuchsreihe gütigst überlassen hat, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Mal de Meleda.

Von

Dr. **Oscar Hovorka** v. Zderas und Dr. **Edvard Ehlers**
Janjina, Dalmatien Kopenhagen.

Im XXXIV. Bande dieses Archiv's habe ich (Hovorka) eine kurze vorläufige Mittheilung gemacht über ein auf der Insel Meleda in Süddalmatien vorkommendes endemisches Hautleiden, das ich als Lepra ansah.

Später habe ich im Verein mit Herrn Dr. Edvard Ehlers aus Kopenhagen eine weitere Untersuchung von fünf der genannten Fälle vorgenommen und wir sind hiebei zu der sicheren Ueberzeugung gekommen, dass es sich nicht um Lepra handle,[1]) obgleich das Leiden mit Lepra maculosa verwechselt werden kann und auch auf der Insel selbst mit dem Namen „guba" bezeichnet wird, unter welchem Namen die Kroaten und Serben fast überall den Aussatz bezeichnen. Dr. Ehlers und Dr. Miljanić (Cetinje) haben in Montenegro unter dem Namen guba die echte Lepra vorgefunden.

Um Lepra handelt es sich bei den Fällen auf Meleda nicht, sondern um eine ganz eigenthümliche specifische und sehr wohl charakterisirte Hautkrankheit, die sich namentlich durch folgende Symptome auszeichnet:

1. Eine eigenthümliche, tylotische, wachsgelbe (fast adipocireähnliche) Schwellung und Verdickung der Haut an den Handflächen und Fusssohlen. Die Handfläche sieht aus wie die einer Leichenhand; die gelbe Farbe wird nur durch geschwärzte Auspunktirung der Follikelöffnungen unterbrochen.

2. Ichthyosiforme Verdickung der Haut mit Verstärkung der natürlichen Hautfalten, die namentlich am Rücken des

---

[1]) vide dieses Archiv Bd. XXXIV, pag. 53, meine die Lepra-Natur bezweifelnde Anmerkung der Redaction. Pick.



Handgelenks am meisten hervortritt. Auf der verdickten Haut sind die Follikel massenhaft als kleine geschwärzte Punkte wahrzunehmen, scheinbar vergrössert und mit fremden Producten infiltrirt.

3. Scharfe, gebuchtete („geographische") Grenzen des Hautleidens gegen die gesunde Haut. Bei einer Kranken sieht man ein Inselchen von gesunder Haut inmitten des kranken Handrückens. Bei drei von diesen Kranken beschränkte sich die Krankheit auf die Hände und Füsse allein, höchstens mit einigen Fingerbreiten das Handgelenk, oder mit einer Handbreite das Fussgelenk überschreitend. Ein vierter Patient hatte zugleich dieselbe Affection an den Knien, ein fünfter sogar zugleich an den beiden Knien und Ellenbogen.

4. Schuppenbildung gibt es nicht, es fühlt sich jedoch die oberste Schichte der Hornhaut stets feucht und fettig an und löst sich unter unangenehmem Macerationsgeruch ab.

Das Allgemeinbefinden der Kranken ist hiebei ganz ungestört, sie sind alle arbeitsfähig und beklagen sich nur wegen des Hautleidens. Alle gaben an, dass die Krankheit erblich oder jedenfalls in den allerersten Lebensmonaten resp. Jahren ausgebrochen sei. Zwei Paare (in Ropa und Maranoviči) sind Geschwister (Bruder und Schwester). Dr. Ehlers findet, dass die Krankheit mit der Darier'schen Psorospermosis follicularis grosse klinische Aehnlichkeit hat, vermochte es aber wegen Mangel an pathologisch-anatomischen Hilfsmitteln nicht zu entscheiden. Ein endemisches Vorkommen dieser Krankheit ist ja bisher unbekannt; die Meledakrankheit ist aber den Bewohnern der Insel seit alten Zeiten bekannt und soll nach der Volkssage auf der östlichen Hälfte der Insel in der Umgebung des Dorfes Maranoviči entstanden sein, wo zwei von unseren Kranken leben.

Jedenfalls handelt es sich hier um eine seltene und sehr interessante Hautkrankheit, die auf dieser Insel seit langer Zeit endemisch auftritt.

Dass die Krankheit auf der Insel thatsächlich seit alten Zeiten bekannt ist, beweist ein in italienischer Sprache verfasster Rapport des Dr. Stulli an den Director der Anthologie

in Florenz, datirt in Ragusa, den 29. September 1826, welcher in deutscher Uebersetzung folgendermassen lautet:

Ein Dorf auf der Insel Meleda, heutzutage genügend bekannt durch seine unschuldigen Detonationen, ist der Sitz einer Hautvarietät, welche man an den Extremitäten einiger Bewohner wahrnimmt und welche, wenn sie auch weniger fremd ist als die Hörner der Anna Jacson und die Schuppen der Brüder Lambert, trotzdem unter den gelegentlich beobachteten Anomalien der organischen Gewebe erwähnt zu werden verdient.

Elf Individuen, welche drei Familien angehören, zeigen eine unnatürliche Beschaffenheit des Hautintegúments der Handteller, der Hände, der Palmarfascie der Finger, der Fusssohlen und der Fersen; d. h. Theile des menschlichen Körpers, deren Gebrauch die Natur voraussah, wichen von der Gleichförmigkeit der übrigen epidermoidalen Gewebe ab und es kam dazu, dass dasselbe dichter und stärker wurde.

Die Geschichte dieser Anomalie reicht nicht weiter als ein halbes Jahrhundert zurück und daher kann man in Folge Mangels einer früheren Angabe vor diesem Zeitpunkte nichts darüber muthmassen, wie und wann die Krankheit auf der Insel erschien und wer der erste war, der daran erkrankte. Nur das steht fest, dass sie während dieser 50 Jahre immer unter derselben Form erschien, so dass man annehmen kann, dass sie auch in früheren Zeiten nicht viel abweichte. Die Neugeborenen tragen an den Handtellern unzweifelhafte Zeichen dieser Veränderung der Hautdecke, sie erweitert sich mit dem zunehmenden Alter; ihre Substanz wird immer mehr dicker und dicker und compacter und erstreckt sich soweit, dass sie die ganze innere Oberfläche der vorerwähnten Theile ergreift; nachher biegt sie auf die Seitentheile der Finger um und legt sich in ihre Furchen ein, wo sie an den Metacarpus und Metatarsus angrenzen; schliesslich nimmt sie das Aussehen einer dicken, gelblichen Unschlittschichte an, welche beim Anfühlen die Resistenz eines Leders zeigt. Sie ist rauh und ungleich in Folge der Erosionen, wodurch sie der Korkrinde nicht unähnlich wird. Dadurch wird die obere und äusserste Hautschichte bis zur Epidermis reducirt, nämlich zu einer fast gänzlich anorganischen Membran. Und thatsächlich gibt es an den angegebenen Stellen weder Schweiss



noch Ausdünstung, noch Gefühl, ein sicheres Zeichen, dass hier die Gefässe und Nerven verschwunden sind. In Folge dieser Structur sondert die Epidermis jene albuminöse Ausschwitzung aus, durch welche sich die Haut auf die Kosten der Abnützung erneuert und in einer fortwährenden Bildung begriffen ist; darum nimmt sie das oben beschriebene Aussehen an.

Eine Verdickung der Cuticula allein kommt ausserdem an den Ellenbogen vor. Hier, wo die Entartung in einem höheren Grade auftritt, bilden die Epidermis und das Corpus mucosum eine einzige Schichte, ohne dass darin die obere Hautschichte begriffen wäre. Dies ist der Grund, warum das Integument des Carpus und Tarsus runzelig und schuppig wird, ebenso an den Knien, welche oft mit Schuppen und warzenartigen Excrescenzen besäet sind; ausserdem sind die Hände und Füsse in derselben Weise eingeschrumpft, wie sie nach einer Verbrennung auszusehen pflegen, nachdem ein Theil ihres Integuments durch das Feuer vernichtet wurde. Die afficirten Partien erzeugen gewiss ein lästiges Gefühl; der stärkste Stoss genügt nicht, um in ihnen ein Schmerzgefühl zu erzeugen. Auf ihnen nimmt man keine pathologischen Anschwellungen wahr, keine durch einen visciden, purulenten oder puriformen Humor entstandenen Krusten, keine schmutzigen und nässenden Geschwüre.

Die Ursache des üblen Geruchs, welchen diese Dorfbewohner zur heissen Jahreszeit ausdünsten, liegt vorzugsweise in den Spalten, welche sie an den Handflächen haben und welche so tief sind, dass sie die ganze Dicke der Haut durchsetzend die Muskelfasern blosslegen, die man im blutigen Zustande sehen kann. Es muss hervorgehoben werden, dass die Fusssohlen, obzwar das Integument hier besonders dick und hart ist, eine Quelle der ausgiebigsten Transspiration sowie des Schweisses darstellen; es steht fest, dass der letztere bei den erwähnten Individuen keinen Weg zum Abfluss an die Oberfläche findet und zwar aus den oben angeführten Gründen, weshalb er in der beschriebenen Spalten zusammenfliessen, sich versenken und stauen muss, wo er mit dem Schmutze verdichtet, den sie sich barfüssig zuziehen, und erhitzt durch die

Körperwärme, die unerträgliche Ausdünstung hervorbringt. Und wenn man dem Ursprunge dieser Lösungen (soluzioni) nachgehen wollte, so würde man stets eine aus Verhärtung und Verkürzung des Integuments bestehende Faltung finden, welches nicht bersten und sich nicht spalten kann, weil es der natürlichen Biegsamkeit und Elasticität beraubt, so weit verändert ist, dass es dem Mechanismus der unterliegenden Muskeln und Sehnen nicht entsprechen kann.

Es muss ausserdem, was bisher gesagt wurde, betont werden, dass die erwähnte Alteration, obwohl sie in den äusseren Symptomen jener ähnlich sieht, welche bei der Krankheit vorzukommen pflegt und welche in einer erhöhten Thätigkeit der Hautzellen, sowie der Corpus mucosum besteht, nicht eine thatsächliche ist, sondern sogar eine andere und hievon gänzlich verschiedene.

Es handelt sich indessen in unserem Falle um ein angeborenes, organisches und gerade nur an gewissen Stellen vorkommendes, erbliches, durch gewisse Grenzen umschriebenes Uebel, welches weder durch den Lauf der Zeiten, noch durch Charakterverschiedenheiten, noch durch den Einfluss von wirksamen Nebenumständen überschritten wird; es ist eine Krankheit, welche nie ihr Aussehen ändert, welche die Lebensfähigkeit irgend eines Gewebes weder verändert, noch vermindert; gleichwie dieselbe, wie oben erwähnt, auf andere Körpertheile nicht übergreift und zwar dies in keiner Lebensperiode, so ist soviel feststehend, dass dasselbe lymphatische und glandulöse System wohlbehalten bleibt, obzwar dasselbe stark mit der allgemeinen Decke in Beziehung steht.

Die Kinder, welche diese Unvollständigkeit der Haut besitzen, stammen oft von Eltern, welche hievon frei sind, aber von solchen geboren wurden, welche an der Krankheit litten. Sie kommt sowohl bei Männern, als auch Weibern vor; manche unter den Brüdern machen dafür den Stamm verantwortlich, dem sie entstammen; andere tragen hievon nicht die geringsten Spuren. Jeder Verdacht einer ansteckenden Verbreitung wäre inopportun. Aus diesem Abweichen von der Regel, an welche sich die Natur im Aufbau der Hülle der erwähnten Glieder

hält, resultirt eine wahre Difformität, welche der äusseren bei Ichthyosis beobachteten Zerstörung ähnlich sieht; wenn schon das Aussehen fahl und hässlich ist, so bringt sie denjenigen einen wirklichen Schaden, welche damit stark behaftet sind; durch die Veränderung des Integuments ist ferner die Actionsfähigkeit der Hände vermindert, deren Finger und zwar vorzugsweise der Ring- und kleine Finger sich im Zustande einer vermehrten und stetigen Beugung befinden.

Den vorliegenden Bericht des Dr. Stulli verdanken wir der Freundlichkeit des Prof. G. Gelcich in Ragusa. (Bibl. della Dalm. Zag. 1855. S.)

Ueber eine einfache, therapeutisch kräftige, Methode der Anwendung von Unguentum Hydragyri.

Von

Professor **Edvard Welander** in Stockholm.

Zu dem 2. internationalen Congress in Wien im Jahre 1892 hatte ich zwei Vorträge angemeldet: „Untersuchungen über die Absorption und Elimination des Quecksilbers bei der unter verschiedenen Verhältnissen ausgeführten Einreibungscur" und „Ueber die Behandlung von Syphilis mittels Ueberstreichens — nicht Einreibens — von Quecksilber".

Leider war ich dann verhindert den Congress zu besuchen. Meine beiden Vorträge wurden nachher in das Archiv für Dermatologie und Syphilis 1893 aufgenommen. Ich suchte in ihnen eine Menge Gründe dafür darzulegen, dass Hg bei gewöhnlicher Zimmertemperatur verdunstet und dann in grosser Menge vom Menschen absorbirt werden kann; ich suchte den Beweis zu liefern, dass bei der Einreibungscur die grösste Menge Hg in dieser Weise uud nicht durch die Einreibung in die Haut in den Körper gelangt; ich schlug vor, bei der Anwendung von Hg die Salbe deshalb nicht in die Haut einzureiben, sondern sie nur über dieselbe zu streichen, und ich berichtete, dass ich in einer bedeutenden Anzahl von Fällen durch dieses Verfahren eine kräftige Hg-Absorption und sehr gute therapeutische Ergebnisse erhalten hatte. (Meine Erfahrung ist später von Lesser, Lang u. A., welche meine Methode angewandt haben, bekräftigt worden.)

Es lag ja nahe, sich zu fragen, ob es unter diesen Verhältnissen unbedingt nothwendig sei, die Salbe über die Haut zu streichen, was ja stets etwas unsauber und für den Patienten unangenehm ist. Ich zeigte, dass dieses nicht der



Fall ist, denn wenn ich Wachstaffet mit Ung.-Hg bestrich und ihn dann in solcher Weise applicirte, dass die Salbe nicht mit der Haut in Berührung kommen konnte, gleichwohl eine sehr starke Absorption von Hg stattfand. Es ist ja selbstverständlich, dass ich unter solchen Umständen nach einer praktischen Methode suchte, die Salbe so zu appliciren, dass sie mit der Haut nicht in directe Berührung zu kommen braucht. Ich habe in dieser Richtung zahlreiche Versuche ausgeführt, aber erst vor einigen Monaten habe ich eine besonders einfache Methode gefunden, die Salbe in dieser Weise anzuwenden.

Um eine kräftige Absorption zu erhalten, musste ich, wie meine Versuche mich gelehrt hatten, die Salbe, damit ich eine möglichst grosse Abdünstungsfläche bekomme, über eine grosse Fläche ausbreiten und sie dann bei einer nicht allzu niedrigen Temperatur erhalten. Ich wandte ja deshalb die Ueberstreichung auf den Körpertheilen an, die Sigmund vorgeschrieben hat, und liess dann den Patienten 10—14 Stunden in Bettwärme liegen.

Dieses Verfahren kann nun in einfacher Weise dadurch ersetzt werden, dass man einen kleinen Sack, z. B. ein kleines Kopfkissen, nimmt, in diesem Sack sorgfältig die Salbe mit einem Spatel ausbreitet und ihn dann auf die Brust oder den Rücken legt. Diesen kleinen Sack habe ich in der Länge von ungefähr 50 und der Breite von ungefähr 40 Centimeter angewandt. Dadurch, dass man an dem oberen und dem unteren Theile dieses Sackes je zwei Bänder anbringt, die am oberen Theile angebrachten über die Achseln zieht, auf dem Rücken kreuzt und dann, gleich unterhalb der Achseln, auf der Brust und die am unteren Theile befestigten auf dem Kreuze zusammenbindet, wird er ausgebreitet erhalten und sein Zusammenfalten verhindert. Anfangs wandte ich täglich 8 Gr. Ung.-Hg (1 : 3) an, doch sind 6 Gr. vollständig hinreichend; ebenso bestrich ich anfangs den Sack täglich mit neuer Salbe, was ebenfalls nicht nothwendig ist, und die Patienten hatten ihn den ganzen Tag über auf dem Körper, während sie ihn nur in der Bettwärme (10—14 Stunden) zu haben brauchen. Wenn der Sack einige Tage angewandt worden ist, dringt die Salbe durch und macht ihn schmutzig; will man, so kann man ihn

nun gegen einen reinen umtauschen, doch kann dieses auch unterbleiben, da ihn der Patient ohne die geringste Ungelegenheit 30 Tage lang haben kann.

Fragen wir nun, ob in dieser Weise wirklich Hg absorbirt wird, was sich mit vollem Grunde vermuthen liess, so will ich als Antwort nur eine einzige Serie meiner in dieser Richtung ausgeführten Untersuchungen darlegen.

J., Frau, 18 Jahre. Bekam am 1./5. 1897 den Sack zu tragen (8 Gr. tägl.).

Den	1./5.	in	345	Gr.	Harn	1·020	keine Hg-Kügelchen.
„	6./5.	„	355	„	„	1·022	eine Menge Hg-Kügelchen, einige nicht kleine.
„	10./5.	„	355	„	„	1·012	eine bedeutende Menge meist kleiner Hg-Kügelchen.
„	15./5.	„	375	„	„	1·021	eine bedeutende Menge meist kleiner Hg-Kügelchen.
„	20./5.	„	370	„	„	1·020	zwei sehr grosse und eine grosse Menge kleiner Hg-Kügelchen.
„	28./5.	„	365	„	„	1·015	eine grosse Menge grosser und zieml. grosser Hg-Kügelchen.
„	30./5.	„	365	„	„	1·020	eine bedeutende Menge ziemlich grosser Hg-Kügelchen.
„	4./6.	„	360	„	„	1·018	eine kolossale Menge grösserer und kleinerer Hg-Kügelchen.

Wir sehen, wie kräftig und schnell hier die Absorption von Hg gewesen ist. Ganz gleich hat sich das Verhältniss in sämmtlichen von mir untersuchten 20 Fällen gezeigt. Einige Male habe ich die Hg-Kügelchen mit dem blossen Auge sehen können (Spiegel), so z. B. in dem oben angeführten Fall am 4./6. Nur bei der Einspritzung von Calomel (in der von Smirnoff zuerst beschriebenen Weise) habe ich eine so grosse Menge Hg im Harn gefunden.

Dass bei einer so kräftigen Absorption von Hg die therapeutischen Ergebnisse gut gewesen sind, versteht sich von selbst; die Symptome sind schnell verschwunden. Dass ich die Fälle nicht ausgewählt habe, geht aus den Symptomen bei den ersten der von mir in dieser Weise behandelten 20 Patienten hervor: 3 hatten Sclerose und Adenitis (ohne allgemeine



Symptome), 5 Roseola, Papulae mucosae u. s. w., 6 papulöses Syphilid (3 davon Psoriasis plant. und palmar.), 1 papulopustulöses Syphilid, 1 Papulo-Tuberkeln und 2 ulcerirende Gummata. In allen diesen Fällen verschwanden die Symptome schnell, und ich glaube nicht, dass ich mit irgend einer anderen Behandlung bessere und schnellere Ergebnisse erhalten haben würde.

Fragen wir nach den Ungelegenheiten, welche diese Behandlung mit sich führt, so hat sich in 4 Fällen eine gelinde Stomatitis und in nicht weniger als 6 Fällen eine gelinde Albuminurie (nur mit Trichloressigsäure nachweisbar) und Cylindrurie gezeigt; dieses kann ja bei einer so kräftigen Absorption (Elimination) von Hg nicht Wunder nehmen — eine solche Hg-Albuminurie hat ja keine Bedeutung. — In zwei Fällen ist nach der Anwendung des Sackes eine minimale Reizung der Haut aufgetreten, welche Reizung aber, sobald der Patient den Sack, anstatt auf die Brust, auf den Rücken band, innerhalb 24 Stunden verschwand. Die Ungelegenheiten sind also bei dieser Behandlungsweise sehr unbedeutend gewesen.

Ist nun diese Methode für die Behandlung eines einzelnen Ausbruches der Syphilis geeignet, so ist sie es in einem umso höheren Grade für eine intermittente, präventive Behandlung. Ich kann ja diese Methode ohne Reizung der Haut, der Hinterbacken, des Darmcanales u. s. w. — ja ich kann sagen ohne Ungelegenheit für den Patienten — anwenden wann und wie ich will.

Einen Theil von Details und der von mir gemachten Beobachtungen hoffe ich später mittheilen zu können.

Der Anlass, dass ich schon jetzt diese Untersuchungen darlege, ist der, dass Merget, wie ich aus Jadassohn's Besprechung seiner Arbeit im Archiv für Dermatologie und Syphilis ersehen habe, schon vor mehreren Jahren eine im Princip ähnliche Methode wie die nun von mir versuchte angewandt hat. Ich habe erst jetzt (Ende Juni) Gelegenheit gehabt, Merget's Buch durchzulesen. Auch wenn sich darin Vieles findet, was man nicht unterschreiben kann, so muss man doch Merget's Arbeit bewundern und darüber erstaunen,

dass seine Methode, ungeachtet sie von ihm schon vor mehr als einem Decennium dargelegt worden ist, nicht einmal in Frankreich Anklang gefunden hat.

In einem künftigen Aufsatz werde ich die Gründe darlegen, weshalb ich die von mir angewandte Methode gleichwohl für einfacher als Merget's (flanelles mercurielles) ansehe, welche mir, wie ich schon oben angedeutet, erst jetzt bekannt geworden ist. Hätte ich Merget's Methode schon früher gekannt, so würde sie bei der Ansicht, die ich mir durch eigene Untersuchungen über die Absorption des Quecksilbers gebildet habe, schon längst von mir versucht worden sein.



Aus der dermatologischen Abtheilung des Primärarztes
Dr. Harttung im Allerheiligen-Hospital zu Breslau.

Ueber die Häufigkeit der Lungen-embolieen nach Injectionen ungelöster Quecksilberpräparate.[1]

Von

Dr. **Ferdinand Epstein,**
Assistenzarzt.

Die vor Kurzem erschienene Arbeit von Magnus Möller „Ueber Lungenembolieen bei Injectionen von unlöslichen Quecksilberpräparaten“[2]) ist uns Veranlassung gewesen, das Material der dermatologischen Abtheilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau, woselbst die Injectionstherapie mit ungelösten Hg-Präparaten in ausgedehntem Maasse ausgeübt wird, auf die Häufigkeit des Eintretens der genannten Lungencomplicationen durchzusehen.

In den Jahren 1892—1896 incl., während welcher Zeit die Abtheilung unter der Leitung des Primärarztes Dr. Jadassohn stand, wurden 227 Männer und 681 Weiber, im Ganzen also 908 Personen, mit Injectionen ungelöster Hg-Präparate behandelt.

Die einzelnen Präparate und die Anzahl der gemachten Injectionen sind aus folgender Tabelle ersichtlich:

Präparat	Männer	Weiber	Summa
1. Hg-thymol. bezw. thymolo-acet.	781	4261	5042
2. Hg-salicylic.	782	1853	2635
Fürtrag . .	1563	6114	7677

[1]) Aus einem in der medic. Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur gehaltenen Vortrage: „Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Injectionen ungelöster Quecksilberpräparate“.

[2]) Diese Zeitschr. Bd. 37, Heft 3.



Präparat	Männer	Weiber	Summa
Uebertrag . .	1563	6114	7677
3. Hg-oxydul. tannic.	23	173	196
4. Hg-resorcin. bezw. resorcino-acet. . . .	23	57	80
5. Hg-oxydat. flav.	11	60	71
6. Hg-oxydat. puriss.	—	50	50
7. Calomel-Paraffin	13	—	13
8. Calomel-Oel	15	—	15
9. Ol. cinereum (Neisser & Lang)	12	86	98
10. Hydr. salicyl. mit Alapurin Ol. Oliv. & Aqu. destill	92	—	92
	1752	6540	8292

Fast stets wurde als Vehikel Paraffinum liquidum benützt, nur in wenigen Fällen Oel (Calomelöl und Ol. cinereum); bei 92 Injectionen von Hg-salicyl. wurde als Grundlage ein Gemisch von Alapurin, Ol. Oliv. und Aqu. destill. verwendet.

Es kommen im Durchschnitt

auf 1 Mann 7·7 Injectionen
auf 1 Weib 9·6 „
auf 1 Person 9·1 „

Unter den 908 Personen, welche zusammengenommen 8292 Injectionen erhielten, fanden sich nur 7, bei denen ich mich für berechtigt hielt, auf eine durch die vorangegangene Injection verursachte embolische Lungenerkrankung zu schliessen.

Bei unserem Material entfällt eine Embolie auf

1752 Injectionen bei Männern,
1090 „ „ Weibern,
1185 „ „ Personen ohne Unterschied des Geschlechtes.

oder es entfällt 1 Embolie

auf jeden 227. injicirten Mann,
auf jedes 113. injicirte Weib,
auf jede 129. injicirte Person (ohne Unterschied des Geschlechtes).

Die Differenzen zwischen der Möller'schen Statistik und der unsrigen können nach zwei Richtungen hin erklärt werden. Erstens verwerthete Möller bei seinen ausschliesslich ambulant behandelten Patienten Angaben über eingetretenes „Fieber", „Schüttelfrost", Schmerzen in der Seite und allgemeines Uebelbefinden als sichere Zeichen einer Lungenembolie; 2. hat



Möller bis vor Kurzem in der Regel die Injectionen in einer Linie parallel der Rima interglutaealis, ca. 6 Cm. lateral von dieser angelegt. Dass man bei diesem Injectionsmodus leicht Gefahr läuft, in der unteren Partie bei tiefer Injection eine der grösseren Venen zu treffen, führt Möller selbst in seiner jüngst erschienenen Arbeit[1]) aus.

Bei unseren Fällen dagegen, die alle klinisch beobachtet werden konnten, stützten wir die Diagnose Lungenembolie nicht allein auf die z. Th. recht vagen Angaben von Beschwerden der Patienten, sondern auf einen genauen objectiven Befund.

Ferner wurden bei unseren Injectionen schon von jeher die äusseren und oberen Quadranten der Glutäalgegenden bevorzugt, woselbst das Risico, eine Vene zu treffen sehr gering ist.

In keinem unserer Emboliefälle ist der Tod eingetreten, vielmehr sind alle nach kurzem Krankenlager wieder genesen.[2]) Ich kann mich daher der namentlich in letzter Zeit mehrfach[3]) ausgesprochenen Ansicht, dass die Injectionen ungelöster Quecksilbersalze allein schon wegen der Möglichkeit gelegentlich eine Lungenembolie zu veranlassen, zu verwerfen seien, nicht anschliessen, wie ich glaube im Einverständniss mit der grossen Mehrzahl nicht allein der deutschen, sondern auch fremder Syphilidologen.

---

[1]) Zur Frage der Injectionstechnik bei der Behandlung der Syphilis. Diese Zeitschrift, Bd. 39, Heft 3.

[2]) Bezüglich der Einzelheiten: Krankengeschichten etc., verweise ich auf die Originalarbeit.

[3]) U. A. von Grimm: Die Behandlung der Syphilis etc. Berlin 1896. S. Karger.

Aus der Hospitalklinik des Prof. K. Dehio in Dorpat.

Epidemiologische Untersuchungen über die Lepra und den aetiologischen Zusammenhang ihrer Einzelerkrankungen.

Von

Heinrich Lohk.

(Hierzu Taf. VI.)

Die vorliegende Arbeit ist im vorigen Jahre in russischer Sprache im „Russischen Archiv für Pathologie, klinische Medicin und Bacteriologie", Band I, erschienen. Die deutsche Bearbeitung des Stoffes, bei der namentlich das erste Capitel starke Veränderungen erfahren hat, dürfte nicht ohne Interesse sein, da die Frage nach der Aetiologie und der Bekämpfung der Seuche im Begriff ist, auch für Deutschland praktische Bedeutung zu gewinnen.

Prof. K. Dehio.

Cap. I. **Historischer Ueberblick.**

Schon in den ältesten Schriftdenkmälern, die wir besitzen, in der Bibel, der Rig-Veda-Sanhita u. s. w. findet sich die Ansicht ausgesprochen, dass der Aussatz sich auf dem Wege der Ansteckung verbreite. Und in der That — für die unbefangene und deshalb oft das Richtige treffende Anschauung der Volksmedicin wird die epidemische, bis zum heutigen Tage ununterbrochen sich fortsetzende Verbreitung der Lepra am ehesten durch die Annahme der Contagiosität der Seuche verständlich.

Es ist vielfach angenommen worden, dass die Juden wegen der unter ihnen so ausgebreiteten Lepra aus Aegypten vertrieben wurden. Auf ihrer langen Wanderung war die Möglichkeit geboten, die Lepra auf verschiedene Völkerschaften zu übertragen. Allmälig verbreitete sich der Aussatz über ganz Kleinasien. Nordöstlich von Syrien, sowie bei den älteren Persern hat er sich nach Herodot mehrere Jahrhunderte v. Chr. eingefunden. Aus dem Nilthale ist die Seuche bis auf den heutigen Tag

nicht gewichen. Nach Griechenland ist die Lepra nach älteren Autoren aus Aegypten, Arabien oder Kleinasien eingeschleppt worden. Rom wurde (nach Plinius) durch die aus Aegypten zurückkehrenden Truppen des Pompejus durchseucht. Ich verzichte darauf, das weitere Fortschreiten der Seuche nach Spanien, Frankreich, Deutschland, ihre Verbreitung über das ganze Abendland und ihre zur Zeit der Kreuzzüge zu ungeheuren Dimensionen anschwellende Häufigkeit zu schildern. Dass die Contagiosität der Krankheit damals für ausgemacht galt, wird zur Genüge dadurch bewiesen, dass die Leprösen überall zwangsweise in Leprosorien isolirt wurden. Im livländischen Ordensstaat gab es gegen 100 Leprosorien. Gegen Ende des XV. Jahrhunderts verschwand der Aussatz in Europa und wenn es auch noch bis zum Ende des XVI Jahrh. in Europa Lepröse gab, so war die Anzahl derselben doch eine ganz unbedeutende und die Seuche bis etwa auf das heutige Niveau zurückgedämmt.

Im Mittelalter also wurde die Lepra allgemein für contagiös gehalten. Nur die Anhänger der Galen'schen Krasenlehre erklärten die Krankheitssymptome im Individuum durch complicirte, eigenartige Mischungsverhältnisse der Körperflüssigkeiten. Als ursächliches Moment wurden von ihnen gewöhnlich „cibi melancholici“ beschuldigt.

Mit dem Erlöschen der Lepra in Europa erlosch auch die Lepraliteratur auf 2 Jahrhunderte.

Erst in der 2. Hälfte des XVIII. Jahrh. erschienen wiederum einige Schriften, welche an die Lepra erinnerten.

Mittlerweile war man über die Krasenlehre hinweg gekommen. Wenngleich der „Bacillus leprae“ erst hundert Jahre später entdeckt wurde, sind doch schon in der 2ten Hälfte des XVIII. Jh. Behauptungen aufgestellt worden, welche mit unseren jetzigen Erfahrungen merkwürdig übereinstimmen. Ich erinnere hier bloss an die hochinteressante Schrift des surinamensischen [1]) Arztes Schilling, [2]) welcher sich in Betreff der Lepra folgendermassen äussert: „Superfluum videri possit de contagio Leprae disputare, de quo nemo fere dubitat.“ „— — — Quantum ego in producenda Lepra vim et efficacitatem tribuam aëri, cibo, potui, e praecedente articulo intelligitur. Neque tamen negaverim, peculiarem esse materiam et quasi virus quoddam, sine quo vera Lepra non producatur.“ — — — „Habet enim Leprae virus, sicut caetera contagia, vim quasi fermenti, atque totam humorum massam per intestinum quendam motum sibi assimilat. Qua propter non dubito, quin etiam perinde ac venenum variolarum et scabiei per infectionem propagari posset.“ Als Uebertragungsmaterial sieht Schilling das Wundsecret im frühen Krankheitsstadium an, worin das „virus“, auch wenn es in der Menge eines einzigen „atomus“ vorhanden ist, „ad morbum producendum sufficit“.

Wenngleich einige disponirende Momente nicht geleugnet wurden,

[1]) Surinam-Paramaribo in Guyana.

[2]) Schillingius, De lepra commentationes, Bataria 1778.



galt doch die Ansteckung als die erste und wichtigste Bedingung für die Lepraverbreitung.

Das Contagium vivum: „virus quoddam“ war in Aussicht gestellt, und man hätte nach dieser Richtung hin weitere Studien erwarten sollen; allein die Sache nahm eine andere Wendung.

Die norwegischen Forscher Danielssen und Boeck waren bei sorgfältiger Beobachtung auf nicht seltene Familienerkrankungen aufmerksam geworden. Sie schlossen hieraus auf die Vererbbarkeit der Lepra und gaben sich die grösste Mühe, womöglich alle Fälle von Lepraerkrankungen durch die Heredität (directe oder indirecte) zu erklären.

Die Ansicht von Danielssen und Boeck wurde, da sie sich auf ein sehr umfangreiches Material stützte, epochemachend.

Etwa 20 Jahre nach dem Erscheinen des Werkes „Traité de la spedalskhed, Paris 1848“ von Danielssen und Boeck, entschied sich auch die englische Lepra-Commission[1]) in Indien für die Heredität.

Nur ab und zu wurden Stimmen laut, welche sich mit dieser Ansicht nicht befreunden konnten. Letzteres gilt namentlich von einigen englischen Aerzten, welche dem schlechten Klima, der feuchten Seeluft, der Fischnahrung und anderen Dingen eine perniciöse Wirkung zusprachen. Auch die Contagionstheorie fand allmälig wieder einige Anhänger, z. B. Earl of Kimberley, Liveing u. A.[1])

Eine neue Aera in der Geschichte der Lepraätiologie brach mit der Entdeckung des Bacillus leprae durch Armauer Hansen und Neisser an. Den Contagionisten erschien der Sieg gesichert. Allein man musste mit der Zeit zugeben, dass der Contagiositätsbeweis durch den blossen Nachweis des specifischen Bacillus noch nicht erbracht war. Man verlangte eine Uebertragung der Krankheit auf dem Wege der Einimpfung. Die in diesem Sinne angestellten Versuche fielen mit einigen wenigen, zweifelhaften Ausnahmen alle negativ aus.

Wohl ist von verschiedenen Bakteriologen darauf hingewiesen worden, dass das Misslingen der Uebertragungsversuche keineswegs gegen die Uebertragungsfähigkeit einer Krankheit zu sprechen braucht; allein immerhin sah man sich genöthigt Untersuchungen nach anderen Methoden anzustellen. Die Leprosy Commission of India[2]) hat durch grossartige Sammelforschungen in Vorderindien die Bedingungen festzustellen versucht, unter denen der Aussatz auftritt und sich verbreitet. Aus dem Riesenmaterial, welches hier den Schlüssen der Commission zu Grunde gelegt worden ist, ist nur der statistischen Ausnutzung fähig und gewiss kann diese mit grossen Zahlen rechnende und weite Länderstrecken umspannende Forschungsmethode uns (wie schon Dehio[3]) richtig bemerkt)

[1]) Ref. i. Schmidt, Jahrb. 1875.

[2]) Report of the Leprosy Commission in India. 1890—1891. London 1893.

[3]) Dehio. Der Aussatz einst und jetzt. Derm. Ztschr. Bd. III, H. 1. 1896.

„den besten Aufschluss geben über die geographischen, ethnographischen und hygienischen Verhältnisse, unter denen die Lepra am besten gedeiht, nie aber wird sie uns lehren, auf welchem Wege der Leprabacillus in den Körper des Einzelnen gelangt, woher er stammt und wo er sich verbreitet hat. Hier kann nur das Experiment Aufklärung bringen, oder, wo ein solches nicht möglich ist, die sorgfältige Beobachtung der Einzelfälle, in denen die Natur selbst ihre Experimente ausführt". [1]) Der Weg, welcher uns am ehesten zum Ziele zu führen verspricht, ist somit für jetzt, wo die Experimente am Thier versagen, lediglich der einer möglichst genauen, anamnestischen Untersuchung der ätiologischen Momente in jedem einzelnen Leprafall. Auf diesen Weg hat schon Leloir hingewiesen und neuerdings hat ihn Münch [2]) in Kiew erfolgreich beschritten. Letzterer hat gezeigt, dass Forschungen an Ort und Stelle, sowie genaues Eingehen auf die Vorgeschichte des Einzelfalles diejenigen Hilfsmittel sind, durch die wir allein in den Besitz von beweiskräftigen Thatsachen gelangen können.

Diese Ueberzeugung hat mich im Jahre 1894 dazu bewogen, mich an die Bearbeitung der von Prof. Dehio bei der Dorpater medicinischen Facultät gestellten Preisaufgabe zu machen, welche mir vorschrieb: „Die Verbreitung der Lepra auf der Insel Oesel nach ihren ätiologischen Zusammenhängen zu erforschen." Die Resultate dieser Arbeit, für welche mir der Preis der goldenen Medaille von der medicinischen Facultät zuerkannt worden ist, sollen hier mitgetheilt werden.

Die Insel Oesel bildet einen Kreis der Provinz Livland und es ist schon seit lange bekannt, dass sich auf dieser Insel ein kleiner Bezirk befindet, in welchem die Lepra endemisch vorkommt.

Die Abgeschlossenheit dieses weltentlegenen Lepraherdes schien besonders gut für eine epidemiologische Forschung nach der schon angedeuteten Richtung geeignet.

Bevor ich jedoch auf das eigentliche Thema meiner Arbeit eingehe, sei es mir gestattet, mit einigen Worten über den bisherigen Gang der Lepraforschung in den Ostseeprovinzen Russlands zu berichten.

Prof. Struwe war hier zu Lande der Erste, welcher einiges Interesse für die Lepra wachrief. Unter seiner Leitung sind 4 Dissertationen geschrieben worden, welche die Leprafrage behandeln und zwar von Meyer, [3]) Albrecht, [4]) Brandt [5]) und Brehm. [6]) Struwe's Ansicht

[1]) L. c. pag. 37.

[2]) Münch. Gesch. d. Aussatzes im Terekgebiet. Kiew 1894. (Russ.)

[3]) Meyer G. Ed. Quaedam de morbo leproso inter rusticos Esthon. Reval 1824.

[4]) Albrecht. De diagnosi Esthon. leprae cutan. Dorpat 1825.

[5]) Brandt J. De leprae-diagnosi. Riga 1825.

[6]) Brehm. Nonnulla de elephant. nodosa univ. in Livonia et Eston obvia. Dorpati 1828.

in Bezug auf die Lepraätilogie war (nach Bolschwing) folgende: „Der Aussatz ist eine bisweilen ansteckende, hin und wieder erbliche Krankheit."

Blosfeld[1]) und Bolschwing[2]) halten die Lepra für eine constitutionelle Krankheit, die sich aus lymphatischen Discrasien herausbilde. Für die Contagion der Lepra stimmten die beiden letztgenannten Forscher deshalb nicht, weil, wie sie berichten, von Seiten der Kranken keine ätiologischen Angaben gemacht werden.

Eine grössere Leprastudie stellt die Dissertation von Rogenhagen[3]) dar. Diese Schrift ist schon ganz im Geiste der norwegischen Forscher Danielssen und Boeck abgefasst.

Ohne Zweifel sind in den soeben genannten Arbeiten mehrfach typische Fälle von Lepra beschrieben, und sie dürften wohl das Vorkommen der Seuche in Livland im 2., 3. und 4. Decennium unseres Jahrhunderts beweisen. Doch muss ich mich durchaus der von Bergmann[4]) vertretenen Ansicht anschliessen, dass die Autoren jener Zeit auch vielfach die schweren ulcerösen und serpiginösen Formen der tardiven Syphilis für Lepra gehalten haben. Eine scharfe klinische Unterscheidung beider Krankheitsformen haben uns erst Danielssen und Boeck gelehrt.

Die Arbeiten von Wachsmuth[5]) und E. von Bergmann[4]) haben für uns hohes Interesse, besonders insofern, als sie für das fast vergessene Vorkommen der Lepra in Livland aufs Neue unzweifelhafte Beweise liefern. Wenn Wachsmuth, auf sein Material von 9 Fällen sich stützend, sagt: „Die hier vereinzelt vorkommenden Leprafälle thun mit ziemlicher Sicherheit den nicht erblichen Ursprung dar," so ist das in jener durchaus von den Anschauungen Danielssen's und Boeck's beherrschten Zeit gewiss ein ehrenvolles Zeichen für die Objectivität und Selbständigkeit der Beobachtungen dieses Forschers.

Die bekannte Monographie von Bergmann, in welcher weitere 13 Fälle unzweifelhaften Aussatzes veröffentlicht wurden, hat das Verdienst, das medicinische Interesse für diese Krankheit überall bei uns im Lande wach gerufen zu haben. Seitdem gehört die Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands zu den gut gekannten Krankheiten. Kein Jahr ist seitdem vergangen, wo nicht Lepröse auf den Dorpater Kliniken demonstrirt und besprochen worden wären.

Im Jahre 1877 veröffentlichte Dehio[6]) seine Dissertation, in welcher Beiträge zur pathologischen Anatomie der Lepra geliefert wurden.

---

[1]) Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands. Hufelands Journ. 1834.

[2]) Bolschwing, Ueber Syph. und Aussatz. 1839.

[3]) Rogenhagen, Lepra in den Ostseeprovinzen. Dorpater Dissert.

[4]) E. Bergmann, Die Lepra in Livland. Petersburg 1870.

[5]) Wachsmuth, Der Aussatz in Livland. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. III, p. 1. 1867.

[6]) K. Dehio, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Lepra. Inaug.-Diss. Dorpat 1877.

Einen besonders erfreulichen Aufschwung nahm die Lepraforschung in Livland Dank der Thätigkeit des weiland Professor E. von Wahl. Auf seine Veranlassung haben Hellat,[1]) Paulson[2]) und Wellberg[3]) statistische Daten über die Häufigkeit der Lepra gesammelt und vor Allen ist es Hellat, welcher zuerst sichere Daten über die Verbreitung der Seuche in den Ostseeprovinzen Russlands geliefert hat. Aetiologische Beobachtungen, welche für die contagiöse Verbreitung der Lepra sprechen, sind von A. von Bergmann in Riga und von Reissner ebendaselbst geliefert worden. Da diese beiden Forscher im Wesentlichen dieselbe Untersuchungsmethode eingeschlagen haben, welche auch ich befolgte und somit meine directen Vorgänger sind, so erlaube ich mir, über ihre Arbeiten genauer zu referiren.

A. von Bergmann[4]) hat durch mühsame persönliche Erkundigungen und Nachforschungen im Jahre 1890 in der Stadt Riga 106 Aussätzige namentlich festgestellt und zum grossen Theil neu entdeckt; zugleich war er bemüht, durch genaue anamnestische Nachfragen zu eruiren, ob, wann und wie die Kranken mit andern Leprösen in Berührung gekommen sind. Dadurch ist es von Bergmann gelungen nachzuweisen, das c. 60% der Aussätzigen längere oder kürzere Zeit vor ihrer Erkrankung mit leprösen Individuen zusammen gelebt oder doch in engem Verkehr gestanden haben. Eine Uebertragung von den Eltern auf die Kinder, wie sie von den Anhängern der Heriditätslehre postulirt wird, war nur in der Minderzahl der Fälle zu constatiren, viel häufiger handelte es sich um Leute, welche in entfernter oder gar keiner Verwandtschaft zu einander standen. Diese Thatsachen sprechen sehr für die Contagiosität der Lepra, um so mehr, weil unter den 40% der Kranken, deren Anamnesen negativ ausfielen, gewiss viele ihre Antecedentien, welche ein Licht auf den Ursprung der Krankheit werfen könnten, verheimlicht haben.

A. von Reissner,[5]) Arzt des Riga'schen städtischen Leprosorium, hat in einem Armenhaus, welches 200 Insassen beherbergte, 9 Lepröse gefunden und in einem zweiten mit 140 Insassen entdeckte er sogar 13 Aussätzige. Von diesen 23 Kranken sind 4 schon bei ihrem Eintritt in die Anstalt leprös gewesen, die 19 Uebrigen haben die Krankheit erst im Armenhaus acquirirt; 9 Mal erkrankte die Bettnachbarin (es handelte sich um die weibliche Abtheilung der Anstalt) einer Leprösen, 6 Mal er-

[1]) E. Hellat, Studie über die Lepra in den Ostseeprovinzen. Inaug.-Diss. Dorpat 1887.

[2]) Paulson, Ein Beitrag zur Kenntniss der Lepra. Diss. Dorpat 1886.

[3]) Wellberg, Klin. Beitr. zur Kenntniss der Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands. Diss. Dorpat 1884.

[4]) A. v. Bergmann, Zur Contagiosität der Lepra. Volkmann's Sammlg. klin. Vorträge N. F. Nr. 33. 1891.

[5]) A. v. Reissner (Reisner), Contagiosität der Lepra. Monatshefte f. pract. Dermatol. Bd. XVIII. 1894.

folgte die Erkrankung nach jahrelangem intimen Umgang; vier Erkrankungen konnten nur durch häufige, zufällige Berührungen mit den leprösen Insassen der Anstalt erklärt werden.

Im Jahre 1887 fasste E. von Wohl den Plan zur Stiftung einer Gesellschaft, die den Zweck hat, Leprosorien zu gründen, in denen die Aussätzigen der Provinz Livland Pflege und Unterkunft finden sollen. v. Wohl hat die Erfolge dieser seiner Stiftung nicht mehr erlebt, aber die Gesellschaft besteht fort und gegenwärtig befinden sich in den Leprosorien derselben 160 Lepröse, welche dem öffentlichen Verkehr entzogen und für ihre Umgebung unschädlich gemacht worden sind. Die Stadt Riga hat ferner ein eigenes Leprosorium, welches von 100 Kranken bewohnt ist, in Estland ist jüngst ein Leprosorium von 60 Betten eröffnet worden und in Kurland sind bis jetzt 2 Leprosorien gegründet worden, in welchen 35 Kranke untergebracht sind.

Wenngleich die Contagiosität der Lepra für uns kaum mehr zweifelhaft ist und in der Gründung von Leprosorien auch schon ihren praktischen Ausdruck gefunden hat, so sind weitere, auf die Details und Eigenthümlichkeiten der Uebertragung gerichtete ätiologische Untersuchungen doch noch nichts weniger als überflüssig. Von der Art und Weise, wie die Uebertragung der Krankheit zu Stande kommt, sowie von den Umständen, welche sie ermöglichen oder erleichtern, wissen wir noch wenig. Und doch sind diese Fragen für die zweckentsprechende Bekämpfung der Seuche von der grössten Wichtigkeit. Mein kleiner Beitrag zur Beantwortung dieser Frage ist deshalb vielleicht willkommen.

Für die von mir beabsichtigte genaue Durchforschung eines isolirten, nicht zu grossen Bezirkes, in welchem die Lepra endemisch ist, erscheint die Insel Oesel in der That wohl geeignet (cf. auf Tab. III die Uebersichtskarte, aus welcher die Gestalt der Insel und ihre Lage zum Festland ersichtlich ist). Wir haben es hier mit einem abgeschlossenen, nicht allzu dicht bevölkerten Landgebiet zu thun, wo die Lepra zwar schon seit längerer Zeit heimisch ist, aber noch nicht grosse Dimensionen angenommen hat. In Folge dessen lässt sich der eventuelle ätiologische Zusammenhang der einzelnen Leprafälle unter einander hier leichter entwirren, als in Gebieten, wo die Leprafälle sehr zahlreich und die gegenseitigen Beziehungen der Leprösen zu einander sowohl, als auch zu den Gesunden viel complicirter sind.

Ich habe meine Untersuchungen im Sommer 1894 ausgeführt. Von vornherein muss ich bemerken, dass es mir im Laufe eines Sommers nicht möglich gewesen wäre, die ganze Insel Oesel sorgfältig zu durchsuchen und dass ich in meinem Berichte nur über die Leprösen der Kirchspiele Jamma, Ausekküll, Kielkond, Mustel, Kergel und Karmel reden werde, welche die Westhälfte der Insel Oesel bilden. Die Osthälfte der Insel und die Insel Mohn sind fast vollkommen leprafrei, wie eine gleichfalls im Sommer 1894 von Dr. Hirsch ausgeführte Untersuchung ergeben hat. Ich kann daher mit ruhigem Gewissen von der Osthälfte der Insel absehen.



Die volksthümlichen Anschauungen über die Lepra, namentlich die tuberöse Form derselben, welche vom Volke sehr gut gekannt und in den etwas vorgeschritteneren Stadien mit unfehlbarer Sicherheit diagnosticirt wird, sind sehr charakteristisch. In ätiologischer Beziehung unterscheidet das Volk die Lepra tuberosa streng von der Lepra maculo-anaesthetica. Die Lepra tuberosa, welche Höcker-, Beulen-, Knoten-Krankheit oder in Erinnerung an die Leprosorien des Mittelalters „Spitalskrankheit“ heisst, wird durchweg für ansteckend gehalten. Nur die Leprösen selbst wollen aus leicht verständlichen Gründen diese Ansteckung nicht gelten lassen.

Als Ansteckungsgrund wurde mir angegeben: Berührung mit tuberös Leprösen, gemeinsames Bett, gemeinsames Wohnzimmer, das Tragen von Kleidern, welche früher von Leprösen getragen worden waren, der Athemhauch Lepröser und Coitus mit Aussätzigen. Ein Mal wurde mir übrigens auch angegeben, dass ein lepröses Weib an ihrem Körper genau solche Knoten gehabt habe, wie sie beim Dorsch nicht selten vorkommen; und ein anderes Mal wurden die Excoriationen und Geschwüre bei einem anästhetischen Leprafall mit pathologischen Hautveränderungen verglichen, wie sie ziemlich oft bei Hechten, seltener bei Butten oder Flundern anzutreffen sind. In beiden Fällen wurde der Genuss solcher kranker Fische als Krankheitsursache angesehen.

Die Lepra maculo-anaesthetica hat in der Volkssprache keinen rechten Namen. Diese Form der Krankheit wird mit der Lepra tuberosa in keinerlei Beziehung gebracht und gilt für nicht ansteckend, wird auch nicht auf Ansteckung, sondern oft auf etwas Uebernatürliches zurückgeführt. So beschuldigt man das nächtliche Betreten von Kreuzwegen, das Verhexen durch böse Zungen und andere Dinge, die vom Volke meistens sehr ungern mitgetheilt werden. Andererseits wird oft die Berührung mit der Erde, Erdarbeit, Grabenstechen oder das Liegen auf der Erde als Ursache beschuldigt. Sehr häufig wird die Lepra maculo-anaesthetica mit anderen Krankheiten verwechselt und heisst dann Rose, oder „zehrende Krankheit“, welche letztere Bezeichnung auch für die sehr verbreitete nicht für ansteckend gehaltene Tuberculose geläufig ist.

Auch kalte Winde und Durchnässung mit kaltem Meerwasser werden zum ätiologischen Moment gemacht, woraus sich Heilungsversuche mit dem Meerschlamm erklären (similia similibus). Von der Annahme einer hereditären Verbreitung habe ich weder für die tuberöse noch für die anästhetische Form der Lepra in der Volksanschauung eine Spur entdecken können.

Cap. II. **Lebensbedingungen der Bewohner Oesels.**

Da den hygienischen und socialen Verhältnissen in der Aetiologie der Lepra eine wichtige Rolle zugeschrieben worden ist, so habe ich natürlich mein Augenmerk auf dieselben gerichtet. Was ich in dieser Beziehung angeben kann, ist etwa Folgendes:



Die Insel Oesel liegt unter dem 58° n. Br., misst von Osten nach Westen etwa 100 Kilometer, von Norden nach Süden 45 Kilometer. An die Südwestrecke derselben schliesst sich eine langgestreckte Halbinsel, die Schworbe, an, welche für mich von besonderem Interesse ist, weil sie und die ihr benachbarten Theile der Insel hauptsächlich von der Lepra heimgesucht sind. In klimatischer Beziehung entspricht die Insel Oesel keineswegs dem livländischen Continent gleicher geographischer Breite, denn wir haben es hier mit einem Uebergangsklima zu thun im Gegensatz zum mehr continentalen Klima des Festlandes. Die jährlichen Wärmeschwankungen sind relativ gering. Die Januar Isotherme von Oesel fällt etwa mit derjenigen von Hamburg und New-York zusammen. Unter dem Einfluss der Seewinde tritt der Winter sehr spät ein, so dass man zur Weihnachtszeit auf dem Felde gelegentlich blühende Kornblumen gefunden hat. Langsam tritt der Frühling ein und ist in Folge von kalten Seewinden durchaus nicht frühlingsmässig. In den Herbstmonaten ist die Temperatur viel gleichmässiger und milder, als auf dem anliegenden Festlande; Nachtfröste, wie sie auf dem Festlande in den Monaten August und September vorkommen, sind hier unbekannt. Es darf uns daher nicht Wunder nehmen, dass Pflanzen, wie der Taxus und der Epheu im südwestlichen Ausläufer der Insel, in der Schworbe wild anzutreffen sind, während diese Pflanzen auf dem Festlande nicht fortkommen.

Die Insel erhebt sich nur wenig über den Meeresspiegel und ist, abgesehen von einigen ganz unbedeutenden Hügelzügen, eben. Kurze Strecken etwas höherer Küste, aus anstehendem Kalkfels gebildet, findet man nur im Norden und auf der Halbinsel Schworbe, während der übrige Teil der Insel aus angeschwemmtem Sandboden besteht. Grosse Nadelholzwälder gibt es namentlich im Norden der Insel (Kirchsp. Mustel und Karris); an diese schliessen sich nach Süden hin Moräste, welche sich bis zur Längsmitte der Insel erstrecken. Weit ausgedehnte Strecken der Insel namentlich in deren Südhälfte sind unter den Pflug genommen, obgleich die Humusschicht überall sehr unbedeutend und die Ernte in Folge dessen eine mässige ist. Den Untergrund bildet der Kalkfliess, welcher bis nahe an die Erdoberfläche reicht (Kalksteinbrüche in Karmel). Das Grundwasser steht ziemlich hoch. Viele Brunnen trocknen im heissen Sommer ganz aus. Reines, klares Quellwasser ist selten. Die wenigen Bäche, welche es hier im Frühjahr gibt, trocknen im Sommer fast alle aus. Regen gibt es namentlich im Frühjahr seltener, als auf dem Festlande.

Bewohnt ist die ganze Insel von etwa 60.000 Menschen; hauptsächlich Esten, welche die Landbevölkerung bilden, sodann Deutschen, die vorzüglich in Arensburg, der einzigen Stadt auf dieser Insel, und als landbesitzender Adel auf den Gutshöfen leben, und endlich Russen, als Staatsbeamten.

Politisch bildet die Insel einen Kreis des Gouvernem. Livland und zerfällt in 11 Kirchspiele. Entsprechend den Kirchspielen existiren als kleinste Verwaltungseinheiten die Bauergemeinden, welche unter der Ver-



waltung eines von der Gemeinde gewählten und von der Krone bestätigten Gemeindeältesten stehen. Diese Gemeindeältesten und deren Gehilfen haben eine mehr weniger vollkommene Personalkenntniss aller Glieder ihrer Gemeinden.

Was die ökonomischen Verhältnisse der Landbevölkerung betrifft, so lebt dieselbe theils auf eigenem Grund und Boden, theils auf bäuerlichen Pachthöfen oder Gesinden, welche letztere meist in Gruppen zusammenliegen und Dörfer bilden. Ausser dem Wirth des Gesindes und seiner Familie gibt es in solch einem Gesinde noch gemiethete Knechte und Mägde, die in übervölkerten Stuben eng zusammenwohnen, und auch mit der Familie des Wirthen in vielfache Berührung kommen. Ein anderer Theil der Bevölkerung dient unter dem Namen der sogen. Sommerlinge während des Sommers auf den Gütern des Adels oder bei wohlhabenderen Gesindewirthen, und beschäftigt sich mit Feldarbeit und Viehwartung. Zum Winter kehren die Sommerlinge wieder in ihre Heimatdörfer zurück. Aehnlich wie in den Gesinden kommen die Mägde und Knechte auch auf den Gutshöfen unter einander in enge Berührung; die Mägde schlafen in der Regel zu zweien in einem Bett, welcher Gebrauch sich übrigens, wenn auch seltener, auch bei den Knechten findet.

Die Hauptbeschäftigung der Bewohner Oesels bildet der Ackerbau und die Viehzucht. Gesäet werden: Roggen, Gerste, Hafer, Weizen, Hanf und Flachs. Die Kartoffel wird ziemlich reichlich gebaut. An den Meeresküsten beschäftigen sich Wirthe und Knechte unter Zuhilfenahme weiblicher Arbeitskräfte mit dem sehr anstrengenden Fischfang. Die grösste Ausdehnung hat der Fischfang an der Westküste der Insel und namentlich auf der Schworbe. Der schmale Landstreifen, welcher die Schworbe mit dem festen Lande verbindet ist, recht dicht von einer fast ausschliesslich Fischerei treibenden Bevölkerung bewohnt und hier finden wir den Hauptherd der Lepra.

Der Fischfang wird nur im Winter, wo das Meer gefroren ist, unterbrochen. Gründliche Erkältungen sind bei dieser Beschäftigung etwas ganz Gewöhnliches. Der Rheumatismus und die Nephritis sind häufig anzutreffen, desgleichen die Tuberculose in ihren verschiedenen Formen. Im Ganzen ist der Lebenszustand der Oeselaner ärmlich, und deshalb verlassen bis 6000 Menschen in jedem Sommer die Insel und ziehen auf's Festland, wo sie ihren Unterhalt für den Winter hauptsächlich durch grobe Erdarbeiten (Grabenziehen, Torfstechen etc.) verdienen. Eine bedeutende Anzahl dieser Leute dient in den est-. liv- und kurländischen Hafenstädten, in Petersburg und Helsingfors als Hafenarbeiter. Andere wiederum sind als Matrosen auf fremden und eigenen Schiffen beschäftigt.

Die hygienischen Verhältnisse zeigen innerhalb der Insel Oesel nur geringe Unterschiede, insofern als die Fischerei treibenden Strandbewohner meist ärmer sind, als die ackerbautreibenden Bewohner des Binnenlandes. Die alten Wohnhäuser besitzen noch vielfach die aus einem früheren Jahrhundert stammenden Rauchstuben, während die neuen mit



Schornsteinen versehen sind. Die Fenster sind nicht gross; immerhin gewähren sie dem Licht genügenden Zutritt. Zur Heizung dienen Massenöfen. Die Dielen bestehen aus Brettern, oder sind aus Fliessplatten zusammengefügt. Von Möbeln finden wir nur die unumgänglich nothwendigen Gegenstände: Speisetisch, Stühle, Bänke, Betten mit Heu oder Stroh. Für die Ventilation der Wohnzimmer wird so gut wie gar nicht gesorgt; auch beim heissesten Sommerwetter bleiben Fenster und Thüren beständig geschlossen. Die Reinlichkeit lässt viel zu wünschen übrig. Die Excremente werden auf abgelegene Stellen des Hofs, oder nahe bei letzterem deponirt. Zur Bekleidung dienen grobe, leinene Hemde, wollene Jacken, Röcke, Beinkleider, Strümpfe, Schafspelze sowie Stiefel. Die wollenen Anzüge werden auch im Sommer getragen.

Die Nahrung ist recht einförmig und fade, besteht hauptsächlich aus sogen. Grobbrod (Brod, welches aus grobgemahlenem, kleiehaltigem Roggenmehl bereitet wird), Fisch, Kartofeln und Sauerkohl. Im Sommer wird auch Milch genossen. Von den Fischarten dienen zur Nahrung: der Strömling, stark eingesalzen, und der Dorsch, wenig gesalzen und in der Sonne getrocknet. Flundern, Hechte und andere Fischarten, die seltener gefangen werden, gelangen als Verkaufsartikel auf den Arensburger Markt. und werden daher wenig genossen. Fleisch kommt namentlich für ärmere Leute als Nahrungsmittel fast gar nicht in Betracht.

Als Getränk dient das sogen. Dünnbier. Dasselbe wird aus Roggen- und Gerstenmalz durch Heisswasserübergiessungen gewonnen und bekommt einen Zusatz von Hefe und recht viel Hopfen, hie und da wohl auch von ledum palustre und Branntwein. Dieses halbrohe Getränk wird ganz frisch getrunken und verursacht häufig genug acute Verdauungsstörungen.

Stärkeres Bier wird zu Festlichkeiten, Feiertagen und ganz besonders zur Zeit der Heumahd in kolossaler Menge vertilgt.

Branntwein wird namentlich von den Seeleuten und Fischern nicht wenig getrunken. Kaffee und Thee sind so gut wie gar nicht im Gebrauch.

Für die körperliche Reinlichkeit wird wenig gesorgt. Die Badestube wird wohl an jedem Sonnabend besucht, jedoch ist das auch Alles, was zur Hautpflege geschieht.

Was den Verkehr betrifft, so ist derselbe nur an der Küste ein ziemlich reger. Hierher kommen namentlich im Frühjahr Bauern aus dem Binnenlande Strömling aufkaufen, und halten sich hier oft tagelang auf, wenn der Fang schlecht ist, und sie auf ihre Waare warten müssen. Bedeutender noch ist der Binnen-Verkehr unter der Strandbevölkerung selbst, welche sich hauptsächlich durch die Fischerei ernährt, oder das Schiffereigewerbe treibt. So sind namentlich die Bewohner der Halbinsel Schworbe ein bewegliches Völkchen. Je nach dem Winde ist der Fischfang an dem einen oder anderen Ufer ergiebiger, und dem entsprechend ziehen die arbeitsfähigen Männer und Weiber von der einen Seite der Halbinsel auf die andere hinüber. Ein buntes Durcheinander ist ferner durch die localen Agrarverhältnisse bedingt.




Es bestehen die im Ganzen kleinen bäuerlichen Grundstücke oft aus sehr vielen einzelnen Parcellen, welche regellos durcheinander zerstreut liegen.

Begründet ist diese Erscheinung dadurch, dass hier nur wenig brauchbares Ackerland vorhanden ist, und dasselbe im Laufe der Zeit stückweise von der einen oder anderen Familie in Besitz genommen worden ist.

Die Knechte und Mägde, welche sowohl auf den Gutshöfen, als auch auf den Bauerhöfen gegen Lohn arbeiten, wechseln sehr oft ihre Stellen.

Zur Zeit der Roggenernte und Heumahd sammelt sich die Bevölkerung zu volksthümlichen Festen, wo nach gethaner Arbeit getanzt, gespielt und gezecht wird.

Alle diese Umstände wirken zusammen, um innerhalb der Bevölkerung Oesels, und speciell auf der Schworbe einen recht lebhaften Binnenverkehr der Bevölkerung zu veranlassen, der freilich ein locales Gepräge trägt, aber doch dazu führt, dass innerhalb eines ziemlich ausgedehnten Gebiets fast Jeder einen Jeden kennt.

Inwiefern alle diese Momente, so wenig sie einzeln genommen von Belang erscheinen mögen, sowohl für die complicirten verwandtschaftlichen Beziehungen der Bevölkerung, als auch für die Verbreitung der Lepra von Bedeutung sind, werden die folgenden Abschnitte lehren.

Cap. III. **Meine Untersuchungsreise.**

Ich gehe nun zu der Beschreibung meiner Untersuchungsreise über. Die hauptsächlichste Vorbedingung bestand natürlich in der vollkommenen Kenntniss der estnischen Landessprache, die ich als Muttersprache vollkommen beherrsche.

Das zweite Erforderniss war die praktische und theoretische Bekanntschaft mit der Lepra und ihren klinischen Ercheinungsformen. In den Dorpater Kliniken bietet sich vielfach Gelegenheit sowohl zur theoretischen Besprechung des Aussatzes, als auch zu klinischen Demonstrationen der Krankheit, so dass ich von vorneherein mit derselben nicht unbekannt war. Um mir aber die nöthige diagnostische Sicherheit zu erwerben, habe ich etwa 2 Wochen lang eingehend die in den livländischen Leprosorien zu Muhli und Nennal verpflegten Kranken untersucht und die Krankengeschichten derselben studirt.

Bekanntlich existirt in Livland eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra, welche die beiden ebengenannten Leprosorien, und kürzlich noch ein drittes, errichtet hat und unterhält. In ihnen befinden sich gegenwärtig gegen 160 Lepröse, welche alle möglichen Stadien und Formen der Krankheit repräsentiren.

Ich hatte also vollauf Gelegenheit, mich gründlich mit der Lepra bekannt zu machen. Unter den Insassen des Nennal'schen Leprosorium befanden sich zur Zeit meiner Untersuchungen 22 Aussätzige, welche



aus Oesel hierher transferirt worden waren. Und dieser Umstand hat sich für meine Zwecke als sehr günstig erwiesen, denn aus den Anamnesen und Krankengeschichten dieser Oeselaner erlangte ich eine Menge von Daten und Anhaltspunkten über die Vergangenheit und die Familienverhältnisse der Kranken, die ich später an Ort und Stelle verwerthen konnte, und die mir das Eindringen in die ätiologischen Zusammenhänge der Erkrankungen sehr erleichterten.

Da diese Kranken erst seit d. J. 1892 ihre Heimat verlassen hatten, so fielen sie direct in den Bereich meiner Untersuchung, und ich habe deshalb ihre Krankengeschichten als willkommenes und bequem zu verwerthendes Material in meiner Arbeit benutzt.

Ferner konnte ich die Leprastudien meines Landsmannes Dr. P. Hellat[1]) mit gutem Erfolg verwerthen. Hellat bereiste nämlich in den Jahren 1885, 1886, 1887 Est-, Liv- und Kurland und sammelte über das Vorkommen, über die Aetiologie und die Häufigkeit der Lepra in diesen Gouvernements eine Menge Daten. So hat er für Oesel ein namentliches Verzeichniss der von ihm constatirten Aussatzkranken und ihrer Wohnorte gegeben. Dieses Verzeichniss hat vielfach Anhaltspunkte zu meinen Untersuchungen geliefert. Ich habe daher in dem Verzeichniss meiner Leprösen nicht unterlassen, es stets anzugeben, falls diese schon Hellat bekannt gewesen sind.

So vorbereitet, trat ich meine Reise zu Beginn der Sommerferien 1894 an.

Das Kirchspiel Anseküll (cf. die beigefügte Karte Taf. VI) machte ich zum Ausgangspunkt meiner Untersuchungsreise. Diesem Kirchspiel gehörte die Mehrzahl der Leprafälle an, welche mir in Nennal und nach Hellat aus Oesel bekannt geworden waren. Ich hoffte daher hier am leichtesten mich in meine Aufgabe hineinzuarbeiten.

Meine Untersuchungen habe ich überall folgendermassen durchgeführt:

In einem neuen Gebiet angekommen begab ich mich zuerst zum Gemeindeältesten und liess mir von demselben alle arbeitsunfähigen und kranken Gemeindeglieder aufzählen. Ich notirte mir die Angaben, welche der Gemeindeälteste in Betreff ihres Gesundheitszustandes und ihrer Antecedentien machen konnte, und erkundigte mich sodann genau nach den verwandtschaftlichen und sonstigen Beziehungen der mir schon bekannten Leprösen des betreffenden Gebietes. Daraufhin suchte ich alle verdächtigen Individuen sowohl als auch die Familien derselben in ihren Wohnorten auf, und untersuchte in den lepradurchseuchten Gegenden möglichst viele Menschen. In jedem Dorf und Gesinde, wohin ich kam, zog ich Erkundigungen ein und vervollkommnete dadurch mein anamnestisches Material, welches ja anfangs natürlicherweise sehr unübersichtlich und lückenhaft war. Gleichzeitig habe ich nach Möglichkeit auch

[1]) P. Hellat, Eine Studie über die Lepra in den Ostseeprovinzen. Diss. Dorpat 1887.



die Gemeinderollen und die kirchlichen Personalbücher benutzt, soweit dieses zur Feststellung gewisser Verwandtschaftsbeziehungen oder zur Controle nothwendig erschien. Namentlich für diejenigen Fälle war solches von Wichtigkeit, wo es sich um schon vor längerer Zeit verstorbene Lepröse handelte, deren sich die noch lebenden Nachkommen weniger genau erinnerten.

Sehr interessant war mir eine Revision der Journale des Landeshospitals zu Arensburg. Das Hospital besteht (nach Harten)[1]) seit 1804. Wenn mir richtig erzählt worden ist, so brannte es im Jahre 1808 nieder und wurde erst im Jahre 1828 wieder in Thätigkeit gesetzt. Das älteste Krankenjournal datirt vom Jahre 1828. Von 1828 bis 1892, in welchem Zeitraum Lepröse in diesem Hospital Aufnahme gefunden haben, finden sich daselbst 84 Leprafälle notirt. Obgleich diese Journalnotizen aus einer Zeit stammen, wo im übrigen Europa die Diagnose der Lepra eine sehr unsichere war, so glaube ich doch, dass den Angaben des Journals des Arensburger Krankenhauses einiges Vertrauen geschenkt werden kann. Wer einmal richtige Leprakranke gesehen hat, weiss, dass sie nicht leicht mit anderen Kranken verwechselt werden können; ich gebe wohl die Möglichkeit zu, dass manche Lepröse, namentlich der anästhetischen Form, nicht als solche erkannt worden sein mögen, ich glaube aber nicht, dass umgekehrt in dem Hospital, wo das Material an Aussätzigen nie ausgegangen zu sein scheint und das in einem Lande liegt, wo der Aussatz auch den Laien wohlbekannt ist, Kranke für aussätzig erklärt worden sein sollten, welche nicht thatsächlich an dieser Krankheit litten. Hierzu kommt, dass fast nur die inveterirten, tardiven Formen der Syphilis Anlass zur Verwechselung mit Lepra geben können und gegeben haben. Die Syphilis war aber von jeher in Oesel eine fast unbekannte Krankheit und kommt auch jetzt noch in diesem entlegenen Erdenwinkel nur höchst selten vor. Dass ein oder der andere aus Oesel stammende Matrose sich in der Fremde inficirt, ist selbstverständlich — aber die sesshafte Bevölkerung der Insel ist, wie ich mich überzeugen konnte, von der Syphilis bis jetzt verschont geblieben. Aus diesen Gründen nehme ich an, dass die 84 im Arensburger Hospitalsjournal notirten Leprakranken ihrer grossen Mehrzahl nach thatsächlich an Lepra gelitten haben, und es ist nun interessant zu sehen, wie diese Kranken sich nach ihrer Herkunft auf die Insel vertheilen.

Von den 84 Leprafällen stammen 51 aus den Jahren 1828—1846. Von diesen 51 Individuen kommen 36 auf die Westhälfte der Insel und zwar 17 davon auf die Halbinsel Schworbe (Kirchspiele Anseküll und Jamma), 8 aufs Kirchspiel Karmel, 7 aufs Kirchspiel Kielkond, einer aufs Kirchspiel Kergel und 3 auf die Stadt Arensburg.

Von 1846—1892 sind 33 Lepröse verzeichnet, von denen 24 auf die 6 westlichen Kirchspiele entfallen und zwar auf die Schworbe 18, auf Karmel 2, auf Kielkund 3, auf Mustel 1.

[1]) Virchow's Archiv. Bd. XX.



Aus diesen Daten dürfe wohl hervorgehen, dass schon in den 30er und 40er Jahren unseres Jahrhunderts der Hauptherd der Lepra sich in denselben Gebieten (Halbinsel Schworbe) befunden hat, welche auch jetzt noch vorwiegend von der Seuche heimgesucht sind.

Das Kirchspiel Karmel, in welchem auch die Stadt Arensburg gelegen ist, ist gegenwärtig frei von Lepra. Die zu diesem Kirchspiel gehörigen Leprösen des Hospitaljournals stammten fast alle aus der Arensburg sehr nahe liegenden Gemeinde Murratz und wurden wegen der Gefahr für die Stadtbevölkerung im Hospital internirt. Dieser radicalen Reinigung der inficirten Gemeinde dürfte vielleicht das Erlöschen der Lepra im Karmel'schen Kirchspiele zuzuschreiben sein.

Bei dieser Gelegenheit sei bemerkt, dass das erste Leprahospital der Insel Oesel etwa 20 Jahre nach der Eroberung der Insel durch den Orden der Schwertbrüder, vom Letzteren um das Jahr 1240 gegründet worden ist, und zwar „im Westen der Insel, in der Nähe eines guten und besuchten Hafens".[1]) Nach mündlicher Ueberlieferung stand es dort, wo heute das Gut „Pidal" liegt (im Kielkond'schen Kirchspiel). „Pidal" heisst auf estnisch Spital, und es ist noch eine Reminiscenz aus dem Mittelalter, dass die Lepra im estnischen „pidali-töbi", d. h. Spitalskrankheit genannt wird.

In Betreff meiner Untersuchungen möchte ich noch eines Umstandes gedenken, welcher dieselben beträchtlich erschwerte.

Ich habe schon erwähnt, dass eine ansehnliche Zahl von Individuen die Insel mit dem Frühjahr verlässt, um anderswo auf Erwerb auszugehen; so ziehen gerade die verständigsten und intelligentesten Leute weg. In Folge dessen war ich oft auf die Aussagen alter, nicht mehr ganz zuverlässiger Leute beschränkt, die ich freilich immer möglichst streng zu controliren suchte. Ich habe deshalb viele von mir gesammelte Daten, welche mir nicht ganz sicher erschienen, nicht verwerthet, und *berufe mich in dieser Arbeit nur auf solche Angaben, welche ich für absolut zuverlässig erachte.*

So glaube ich denn durch meine vielfachen Erkundigungen es wohl erreicht zu haben, dass mir, wenn nicht alle, so doch der allergrösste Theil aller Leprösen in dem von mir bereisten Bezirk bekannt geworden ist. Von den Kranken mit Lepra tuberosa dürfte mir wohl kaum einer entgangen sein, denn diese Form ist auch den örtlichen Bewohnern so gut bekannt, dass die Kranken der Aufmerksamkeit ihrer Bekannten, sowie der Gemeinde nicht entgehen. Ein Uebersehen ist vielleicht möglich, wo es sich um ganz frische Fälle handelte.

Die Syphilis, sowohl in den frischen, als auch in den tardiven Formen, kommt, wie schon gesagt, in Oesel so gut wie gar nicht vor. Eine Verwechslung der Lepra mit alten und vernachlässigten Syphilisformen ist in meinem Untersuchungsbezirk also ausgeschlossen. Es ist

[1]) Harten, Virch. Arch. Bd. XX.

klar, dass dadurch die Angaben der von mir befragten Leute sehr bedeutend an Zuverlässigkeit gewinnen müssen.

Bei der Lepra anaesthetica liegt die Sache etwas anders. Da die Lepra anaesth. vom Volke nicht zum Aussatz gerechnet wird, so ist es möglich, dass solche Fälle manchmal trotz meiner Erkundigungen mir nicht angegeben worden sind. Wo nur der geringste Verdacht auf Lepra vorlag, habe ich es nie unterlassen, die betreffenden Individuen persönlich aufzusuchen und zu besichtigen.

Mein Aufenthalt auf der Insel Oesel erstreckte sich auf die Zeit vom 15. Juni bis zum 5. August 1894.

Cap. IV. **Krankengeschichten und Anamnesen.**

Im Nachstehenden gebe ich nun die Anamnesen und Krankengeschichten aller derjenigen Leprafälle, die ich auf Oesel angetroffen habe. Die 22 leprösen Oeselaner, welche zur Zeit meiner Untersuchung schon in das Leprosorium Nennal übergeführt waren, führe ich hier nicht näher an, doch habe ich schon früher in der Einleitung meiner Arbeit bemerkt, dass ich die anamnestischen Angaben derselben sehr vielfach benutzt und in das nun folgende von mir selbst gesammelte Material hineingefügt habe.

Zum Schluss einer jeden Krankengeschichte habe ich als Eprikrise stets in aller Kürze namentlich diejenigen Momente hervorgehoben, welche mir für die Aetiologie des betreffenden Falles wichtig erschienen, und welche nicht immer schon aus den Angaben der Patienten ohne Weiteres hervorgehen, sondern durch Umfragen bei Bekannten etc. constatirt wurden. In Betreff des objectiven Befundes will ich mich auf eine kurze Angabe der auffallendsten Symptome beschränken.

Entsprechend der mir gestellten Aufgabe, habe ich mich stets nach folgenden Punkten erkundigt:

1. Ob in der Familie des Erkrankten Fälle von Lepra in den älteren oder jüngeren Generationen vorgekommen sind, und in welchen persönlichen Beziehungen der Patient zu diesen gestanden hat.

2. Ob der Patient sonst mit Leprösen zusammengekommen ist, und im Bejahungsfall, welches seine Beziehungen und Berührungen mit denselben waren.

Oft bin ich bei diesen Erkundigungen auf Leprafälle gestossen, die schon vor längerer oder kürzerer Zeit gestorben sind. Wo die Angaben über die Verstorbenen so deutlich waren, dass mir die Diagnose der Lepra nicht zweifelhaft erschien, da habe ich diese Fälle sowohl in den Anamnesen meiner Krankengeschichten, als auch sonst berücksichtigt.

Selbstverständlich habe ich auch sonstige Momente aus der Vergangenheit der Kranken, die mir von Wichtigkeit erschienen, in den Anamnesen angeführt.

Das alphabetische Namensverzeichniss, welches ich hier hineingefügt habe, zerfällt in zwei Theile. Der erste Theil (Tab. I) enthält die Namen



der 117 theils lebenden, theils schon gestorbenen leprösen Individuen, über welche ich in meinem Untersuchungsbezirk nähere Nachrichten habe sammeln können. Der zweite Theil (Tab. II) ist ein Auszug aus den Notizen des Arensburger Hospitaljournals über 39 ältere im Hospital verpflegte Lepröse meines Untersuchungsgebietes, welche ich in Ermangelung genauerer Kenntniss nicht weiter verwerthen konnte.

Die erste Colonne der Tab. I enthält die fortlaufende Nummer der Fälle; die zweite die Namen der Leprösen in alphabetischer Reihenfolge; die der schon verstorbenen Leprösen sind fett gedruckt. Die übrigen Colonnen erklären sich von selbst. Wo ich keine sicheren Daten habe eruiren können, habe ich einen Horinzontalstrich hingesetzt. Diese Tabelle liefert einen gedrängten Ueberblick über das ganze von mir gesammelte thatsächliche Material.

Fall I, Nr. 109 der Tabelle.

Willem Tuulik, geb. i. J. 1864. Lepra tuberosa. Anseküll, Üidipe, Ööri.[1])

Patient stammt aus einer Familie, in der mehrfache Erkrankungen an Lepra vorgekommen sind, und über die ich folgende Angaben machen kann: Justel, der Vater des Patienten, ist im Jahre 1872 im Alter von 40 Jahren, in Folge heftiger Durchfälle stark abgemagert, erblindet gestorben. Die Mutter, welche nach dem Tode dieses ihres ersten Ehemannes zum zweiten Mal einen angeblich gesunden Mann in dem Nurga-Gesinde desselben Dorfes heiratete, lebt noch gegenwärtig, und ist gesund. Diese zweite Ehe ist kinderlos. Während ihrer ersten Ehe hat sie 7mal geboren, und zwar in folgender Reihenfolge:

1. Geburt, Zwillinge: 1. Jüri, hat sich nach der Erkrankung seines Bruders Willem (Fall I) von diesem getrennt, und hat sowohl mit ihm, als auch mit seinen beiden leprösen Schwestern jeden Verkehr abgebrochen. Jüri, wie auch seine Frau und Kinder sind gesund. 2. Jaak, ist als Soldat (Heizer auf einem Kriegsschiff) angeblich an der Schwindsucht gestorben.

2. und 3. Geburt: Gesunde Kinder; im Alter von $1\frac{1}{2}$ und 2 Jahren plötzlich gestorben.

4. Geburt: Reet, geb. i. J. 1860, Nr. 19, wurde i. J. 1882 in das Länga-Gesinde an Willem Kann verheiratet, und erkrankte dort i. J. 1885 an Lepra tuberosa. In dem Arensburger Hospital wurde diese Lepröse i. J. 1887 behandelt. Im Jahre 1891 gebar sie einen kräftigen, gesund aussehenden Sohn, welcher jedoch i. J. 1893 an einer den Eltern unbe-

[1]) Die drei Namen bedeuten in allen Krankengeschichten in der gleichen Reihenfolge: das Kirchspiel, das Dorf und Gesinde, in welchem der Pat. lebt. Zugleich sei hier bemerkt, dass die gesperrtgedruckten Namen lepröse, die mit gewöhnlichen Lettern gedruckten dagegen nicht lepröse Individuen bezeichnen. Die in den Krankengeschichten angegebenen Nr. beziehen sich auf meine Generaltabelle (Tab. I).



Tab. I.

Verzeichniss der von mir auf der Insel Oesel constatirten Aussätzigen.

Nr.	Familienname und Vorname	Geburts-jahr	Erkran-kungs-jahr	Todes-jahr	Letzter Wohnort	Form der Krank-heit	Bemerkungen
1	**Aak, Tiina.** *)	—	—	1865	Tirimetz Tãnawa	tub.	
2	Ääl, Jüri.	1838	1884	—	Insel Abro	anästh.	Fall V
3	Aaw, Mari.	1840	1876	—	Ansekül Wintri	tub.	Hellat Nr. 1, in Nennal
4	Aaw, Wiin.	1838	1875	—	Ansekül Wintri	anästh.	Fall XV
5	Agar, Friin.	1861	1892	—	Ansekül Panga	anästh.	in Nennal
6	Ait, Friin.	1832	1884	—	Ansekül Kuldi	tub.	Fall X
7	Arge, Peter.	1853	1879	—	Ansekül Tohwre	anästh.	Fall XI, Hellat Nr. 4
8	Häng, Mart.	1871	1877	—	Jamma Pärapöllu	tub.	in Nennal
9	**Harald, Alexander.**	1838	1862	1892	Karmel Naswa	tub.	Hellat Nr. 23
10	**Hints, Ann.**	—	—	1879	Ansekül Massi	tub.	
11	**Hints, Mort.**	—	—	1874	Ansekül Kepaku	tub.	
12	Ili, Leen.	1867	—	—	Kurland (?)	(?)	
13	Jääger, Eew.	1849	1891	—	Ansekül Noti	tub.	in Nennal
14	Jank, Juhan.	1842	1865	—	Kergel Suurepere	anästh.	Fall XXVI
15	Kaar, Miina.	1832	1891	—	Kielkund Pälli	mixta	Fall XXI
16	Kaesweld, Juean.	1856	1888	—	Ansekül Kaeti	mixta	Fall VII

*) Die **fett gedruckten** Namen gehören Verstorbenen an.

Nr.	Familienname und Vorname	Geburts-jahr	Erkran-kungs-jahr	Todes-jahr	Letzter Wohnort	Form der Krank-heit	Bemerkungen
17	Kaesweld, Tiin.	1856	1874	—	Ansekül Tehemardi	an.	Fall VIII
18	**Kann, Ann.**	—	—	1884	Ansekül Länga	tub.	
19	Kann, Reet.	1860	1885	—	Ansekül Länga	tub.	Hellat Nr. 5, in Nennal
20	**Kann, Tiina.**	1827	1874	1887	Kielkund Eriksaare	tub.	
21	**Kärmik, Ann.**	—	—	1884	Jamma Lööpöllu	—	
22	**Kärmik, Triin.**	—	—	1867	Jamma Lööpöllu	tub.	im Arensburger Hospital 1862
23	**Kerkel, Ingel.**	1815	—	1892	Mustel Maunuse	tub.	
24	**Kerkel, Predik.**	—	—	1884	Mustel Maunuse	tub.	
25	**Kerkel, Reet.**	—	—	1891	Mustel Selgase	tub.	
26	Köbi, Irina.	1837	1893	—	Insel Abro	anästh.	Fall VI
27	**Kopil, Juhan.**	1820	—	1874	Insel Filsand	tub.	
28	Köster, Ann.	1846	1889	—	Mustel Saatu	anästh.	Fall XXVIII
29	Kühwel, Hindrik.	1874	1884	—	Ansekül Massi	tub.	Hellat Nr. 8, in Nennal
30	**Kühwel, Leen.**	1860	—	1884	Ansekül Massi	tub.	im Arensburger Hospital 1878
31	Kühwel, Willem.	1879	1889	—	Ansekül Massi	anästh.	Fall II
32	**Kuldsaar, Ann.**	—	—	1878	Ansekül Uustlu	tub.	
33	**Kuldsaar, Jaak.**	1867	—	1892	Ansekül Pitkapöllu	tub.	
34	**Kuldsaar, Jüri.**	1833	—	1890	Ansekül Karjamaa	tub.	Hellat Nr. 6
35	**Kuldsaar, Lisu.**	—	—	1876	Ansekül Uustlu	tub.	
36	**Kuldsaar Tiin.**	—	—	1876	Ansekül Uustlu	tub.	
37	Leppik, Justel.	1881	1890	—	Ansekül Upstani	tub.	Fall III
38	**Leppik, Reet.**	1862	1876	1882	Ansekül Upstani	tub.	

Nro.	Familienname und Vorname	Geburts-jahr	Erkrankungs-jahr	Todes-jahr	Letzter Wohnort	Form der Krankheit	Bemerkungen
39	**Leppik, Triin**	1872	1884	1894	Anseküll Upstani	tub.	Hellat Nr. 9, starb in Nennal
40	Leppik, Triin	1835	1884	—	Insel Abro	anästh.	Fall IV
41	**Meister, Reet**	1817	—	1892	Anseküll Kaasiku	tub.	
42	**Meister, Triin**	1856	—	1890	Anseküll Kaasiku	tub.	
43	**„Ott", Mihkel**	—	—	1880	Kielk. Gotl. Sakke	tub.	im Arensburger Hospital 1866
44	Noot, Ann	1877	1892	—	Jamma Kleemu	tub.	Fall VII
45	**Noot, Eew**	—	—	1877	Jamma Pajapöllu	tub.	
46	**Noot, Mart**	1843	1884	1894	Jamma Kleemu	tub.	
47	**Noot, Mats**	—	—	—	Jamma Pajapöllu	tub.	
48	**Noot, Peter**	—	—	—	Jamma Pajapöllu	tub.	
49	**Noot, Triin**	1867	—	1874	Jamma Pajapöllu	tub.	
50	Oue, Ann	1820	1854	1894	Anseküll Kaete	anästh.	Fall IX
51	**Oue, Madli**	—	—	1854	Jam. Rahudis Laose	tub.	
52	**Oue, Jüri**	—	—	1871	Jamma Laose	tub.	Ehemann von Nr. 51
53	**Oue, Mari**	—	—	1859	Jamma Laose	tub.	Tochter von Nr. 51 und 52
54	**Oue, Predik**	—	—	1864	Jamma Laose	anästh.	
55	**Oun, Ann**	—	—	1870	Tirim Tatraselja	tub.	
56	**Oun, Hindrek**	—	—	1880	ibid.	tub.	
57	Oun, Sander	1857	1872	—	ibid.	anästh.	Fall XII
58	**Oun, Tidrek**	—	—	1868	ibid.	tub.	
59	**Oun, Tiin (East)**	—	—	1864	ibid.	tub.	
60	**Oun, Thomas**	—	—	1870	ibid.	tub.	

Nr.	Familienname und Vorname	Geburts-jahr	Erkran-kungs-jahr	Todes-jahr	Letzter Wohnort	Form der Krank-heit	Bemerkungen
61	**Pakkurt, Ann**	1867	—	1892	Jamma Kusiku	anästh.	im Arensburger Hospital 1885
62	**Panuel, Peter**	1830	1884	1894	Kielk. Lannasma	tub.	starb in Nennal
63	**Peters, Ann**	—	—	1893	Kielk. Kööru	anästh.	
64	**Pobus, Mari**	1820	1874	—	Jamma Sepakopli	anästh.	Fall XVIII
65	**Põld, Anna**	1863	—	1893	Jamma Ranna	tub.	im Arensburger Hospital 1888
66	**Pruul, Karel**	—	—	1871	Ansekiill Tirimetz	tub	
67	**Pruul, Tiina**	—	1854	1866	Ansekiill Tirimetz	tub.	
68	**Pusep, Mihkel**	—	—	1881	Kielk. Gotland	tub.	Nr. 42, im Arensburger Hospital 1866
69	**Pusep, Wiiu**	—	—	1869	Jam. Rahudis Ranna	tub.	
70	**Rand, Ann**	—	—	1887	Jamma Rehe	tub.	
71	Rand, Mari	1879	1890	—	Jamma Rehe	tub.	in Nennal
72	**Roost, Ann**	1817	1869	1893	Kielk. Sõajõe	an.	starb in Nennal
73	Roost, Mihkel	1832	1889	—	ibid.	tub.	befindet sich in Nennal
74	**Saar, Eewa**	—	—	1886	Jamma Pedrigu	tub.	im Arensburger Hospital 1883
75	Saar, Reet	1836	1890	—	ibid.	tub.	in Nennal
76	Saks, Leen	1836	1883	—	Kielkund Pärdi	anästh.	Fall XXII
77	**Saks, Liisu**	1865	1883	1889	Kielkund Pärdi	tub.	Hellat Nr. 18
78	Sepp, Leen	1872	—	—	Karmel Keskranna	tub.	1892 im Arensburger Hospital, jetzt in Nennal
79	Siim, Juula	1866	1890	—	Kielkund Agama	tub.	in Nennal
80	**Siim, Leen**	1835	1883	1893	ibid.	tub.	Hellat Nr. 16 gestorb. in Nennal

Nr.	Familienname und Vorname	Geburts-jahr	Erkran-kungs-jahr	Todes-jahr	Letzter Wohnort	Form der Krank-heit	Bemerkungen
81	Siim, Mihkel	1836	1888	—	ibid.	tub.	befindet sich in Nennal
82	Suurhans, Triin.	1842	1892	—	Jamma Laadla	mixta	Fall XVI
83	**Taalder, Kaarel**	—	—	1879	—	tub.	
84	**Taalder, Predik**	—	—	1882	Kielkund Filsand	tub.	
85	Talu, Ann	1873	1893	—	Kielkund Körtsi	anästh.	Fall XIX
86	Talu, Joseph	1830	1890	—	ibid.	tub.	befindet sich in Nennal
87	Tamm, Marie	1865	1890	—	Kielkund Ossi	tub.	befindet sich in Nennal
88	Tammel, Mihkel	1834	1879	—	Kergel, Tillu	anästh.	Fall XXVII
89	**Tänaw, Tiina.**	1829	1879	1889	Anseküll Kuldi	tub.	
90	**Teek, Leen**	—	1879	1893	Jam. Rahust. Nürina	tub.	
91	**Teern, Lisu**	1872	1885	1892	Kielkund Eriksaare	tub.	Hellat Nr. 19, starb in Nennal
92	Teern, Miina.	1867	1879	—	ibid.	mixta	befindet sich in Nennal
93	Teern, Pridu	1878	1891	—	ibid.	tub.	befindet sich in Nennal
94	**Teiwas, Aadu**	—	—	1894	Anseküll Wintri	tub.	
95	**Teiwas, Peter**	1855	1885	1891	ibid.	tub.	Hellat Nr. 3
96	Tiik, Ann.	1850	1879	—	Jamma Ula	tub.	befindet sich in Nennal
97	**Tiik, Tiina.**	1855	1882	1893	ibid.	tub.	Hellat Nr. 14, 1883 im Hospital, starb in Nennal
98	**Tilt, Liisu.**	1854	1876	1891	Kielh. Kurew. Ossi	tub.	Hellat Nr. 17
99	Tilt, Miina.	1820	1864	—	ibid.	anästh.	Fall XXIII
100	**Törs, Liisu.**	—	—	1884	Anseküll Lassi	tub.	
101	Treu, Reet	1848	—	—	Anseküll Tuuliku	tub.	befindet sich in Nennal

Nr.	Familienname und Vorname	Geburts-jahr	Erkran-kungs-jahr	Todes-jahr	Letzter Wohnort	Form der Krank-heit	Bemerkungen
102	Truu, Ann.	1834	1892	—	Anseküll Noti	anästh.	befindet sich in Nennal
103	Türnpuu, Liisu.	1840	1874	—	Kielkund Kööru	anästh.	Fall XXIV
104	**Türnpuu, Marc.**	1842	1884	1893	Mustel Linnassoo	tub.	
105	Türnpuu, Tiina.	1849	1888	—	Karmel Àrma	anästh.	Fall XXV
106	Tuulik, Ann.	1867	1879	—	Anseküll Ööri	tub.	befindet sich in Nennal
107	**Tuulik, Andres.**	—	—	1878	Anseküll Tamsla	tub.	
108	Tuulik, Kaarel.	1864	1881	—	Anseküll Kaimre	anästh.	Fall XIV, Hellat Nr. 10
109	Tuulik, Willem.	1864	—	—	Anseküll Ööri	tub.	Fall I
110	Walge, Maris.	1850	1882	—	Kielkund Ürtsi	anästh.	Fall XX
111	**Wanaaus, Liisu.**	—	—	1884	Kielkund Laasi	tub.	
112	**Wanern, Kusti.**	1847	1881	1893	Anseküll Wanamatsi	tub.	Hellat Nr. 11, starb in Nennal
113	Wapper, Liisu.	1864	1884	—	Anseküll Nigu	anästh.	Fall XIII, Hallat Nr. 13
114	**Wiherpuu, Laes.**	—	—	1874	Kielkund Laossoo	tub.	
115	**Wiherpuu, Tiina.**	—	1874	1886	ibid.	tub.	
116	**Wihmann, Leenu.**	—	—	1884	Kielk. Wiki Anni	tub.	
117	**Wihmann, Mart.**	—	—	1879	ibid.	tub.	

Tab. II.

Verzeichniss der Leprösen, welche im Arensburger Stadthospital behandelt worden sind.

Nr.	Name	Alter	Wohnort	Diagnose	Wann im Hospital behandelt
1	Aen, Triin.		Torkenhof	Lepra elephant. tub.	1839/43
2	Alder, Marie.	52	Murratz	Lepra circumscripta	1884
3	Allik, Ann.		Tirimetz, Kangru	Lepra elephant. tub.	1843—†46
4	Ann, Andres Tochter.	18	Murratz	Lepra morphea nigra	1828
5	Eddy, Kristjans Weib.		Euküll	Lepra	1830
6	Eva, Lahs Tochter.	12	Abro	Lepra elephant. tuber.	1828
7	Greet, Andres Tochter.	24	Abro	Lepra elephant. tuber.	1828
8	Hindriehson, Kristian.	78	Padel-Dorf	Ulcera leprosa	1830
9	Holm, Hindrek.		Kudjape	Herpes leproides.	1845
10	Jacobson, Moritz.	16	Arensburg	Lepra	1830
11	Kaeras, Reet.		Hoheneichen	Lepra elephant. tub.	1846
12	Karru, Greet.		Hoheneichen	Lepra elephant. tub.	1841
13	Küllimit, Andres.	42	Torkenhof	Lepra elephant.	1830
14	Kundratson, Hain.		Brakelshof	Lepra elephant. tub.	1846
15	Lang, Simon.		Arensburg	Herpes leproides	1840
16	Lehn, Lahs Tochter.	16	Abro	Lepra eleph. tuber.	1828
17	Seppa, Liisu.	33	Tahhul	Ulcera leprosa	1830
18	Löhmus, Liis.	31	Abro	Lepra	1830
19	Marie, Peters Tochter.	14	Murratz, Koordi	Ulcera leprosa	1829

Nr.	Name	Alter	Wohnort	Diagnose	Wann im Hospital behandelt
20	Martenson, Katta.		Arensburg	Ulcera lepr. narium	1830
21	Miron, Awdotja.		Zerell	Herpes leproid.	1841
22	Niit, Maris.		Lümmada	Lepra	1874
23	Poildt, Triin.	17	Hoheneichen	Ulcera narium leproid.	1830
24	Pruul, Triin.		Tirimetz	Lepra elephant. tuber.	1844
25	Pütt, Frido.		Zerell	Lepra	1866
26	Rippak, Jaak.		Abro	Lepra	1837
27	Rumeel, Predik.		Lümmada	Lepra	1862
28	Saar, Caroline.	16	Torkenh. Kaunispe	Ulcera leprosa	1830
29	Sitze, Ann.	42	Taggamois, Kielk	Ulcera leprosa	1830
30	Tael, Ans.		Ficht. Muki.	Lepra	1875
31	Timmermann, Frido.	26	Murratz	Ulcera leprosa	1828
32	Tischler, Mari.		Torkenhof	Lepra elephant. tuber.	1848
33	Tubba, Anne.		Pajomois	Lepra	1866
34	Tubber, Jaen.		Pajomois	Lepra	1872
35	Tuul, Andres.		Tirimetz	Lepra	1854
36	Wajak, Willem.		Torkenhof	Lepra nodosa	1838
37	Wakk, Eewa.		Torkenhof	Lepra	1869
38	Wälli, Indrik.		Ficht	Herpes leproid.	1881
39	Wann, Mart.		Torkenhof	Lepra elephant. tuber.	1846

kannten Krankheit starb. Seit dem J. 1892 befindet sich Reet in Nennal (Leprosorium). Als Erkrankungsursache wurde eine Verletzung angegeben, welche Pat. sich in scharfem Eis eines Baches zugezogen haben soll. Die verletzte Stelle, vordere Schienbeingegend, habe zuerst angefangen zu eitern. Es gelang mir die Thatsache zu eruiren, dass in demselben Länga-Gesinde, wohin Reet verheiratet wurde, die Frau des Stiefbruders ihres Mannes, Ann Kann, geb. i. J. 1824, Nr. 18, i. J. 1884 an Lepra tuberosa gestorben ist. Von der letztgenannten Leprösen habe sich Reet jedoch nach Aussage ihres Mannes ferngehalten. Wohl aber könnte sie sich nach der Angabe ihrer Verwandten die Krankheit von einem andern leprösen Individuum zugezogen haben, nämlich von der Ann Hints, Nr. 10, welche i. J. 1879 in dem Dorfe Üipide an Lepra tuberosa starb. Mit dieser Leprösen ist Reet vor ihrer Verheiratung öfters in Berührung gekommen.

5. Geburt: Ein gesund aussehendes Kind; im Alter von 1½ Jahren gestorben.

6. Geburt, Zwillinge: 1. Willem, Fall I, Nr. 109, tuberös-leprös; 2. Triin, verheiratet und jetzt noch gesund.

7. Geburt: Ann, geb. i. J. 1867, Nr. 106, leidet schon seit d. J. 1889 an Lepra tuberosa, und befindet sich gegenwärtig in Nennal. Pat. gibt an, dass ihr Bruder Willem i. J. 1887 erkrankt sei. Sowohl Willem, als auch Ann hatten vor ihrer Erkrankung ihre lepröse Schwester Reet, Nr. 19, sehr oft besucht und gepflegt. Bis zum J. 1891 wohnten Willem und Ann zusammen in einer Stube.

Willem Tunlik, Fall I, gibt an, i. J. 1891 an dem gegenwärtigen Leiden erkrankt zu sein, und zwar in Reval, wo er sich viele Sommer hindurch mit dem Fischfang beschäftigte. Pat. habe während eines Sturmes seine Hände an Schiffstauen blutig gerieben, und von den Händen aus habe sich die Krankheit über den ganzen Körper verbreitet. Fischfang ist die fast einzige Beschäftigung des Pat. gewesen. Seit dem J. 1891 ist Pat. arbeitsunfähig. Im J. 1892 wurde Pat. nach Nennal hinübergeführt, kehrte jedoch i. J. 1893 wieder nach Hause zurück, und bewohnt nebst seiner Frau eine erbärmliche, verfallene Fischerhütte am Meeresufer, isolirt von anderen Menschen. Seine gesunde kräftige Frau, seit dem J. 1890 mit ihm verheiratet, hat i. J. 1891 einen kräftigen, gesund aussehenden Sohn geboren, welcher jedoch in seiner 3. Lebenswoche an Krämpfen zu Grunde gegangen ist. Seit dem J. 1891 hat angeblich kein Coitus stattgefunden.

Als Prodromalsymptome gibt Pat. an: Vertaubung der linken Körperhälfte. Die Trägheit und allgemeines Schwächegefühl sind gross.

Status praes.:

Pat. von hohem Wuchs, starkem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur und mässigem Pannic. adip. Vox rauca leprosa. Der Athemhauch stinkt charakteristisch. Die Stirn, Wangen, Lippen und das Kinn sind knotig infiltrirt. Die Ohrmuscheln sind stark verdickt. Gaumensegel und Uvula zerstört. An der Streckseite der oberen Extremitäten



bemerkt man viele, das Hautniveau überragende, nässende Excoriationen und exulcerirte Knoten; an den unteren Extremitäten zahlreiche, zum Theil geschwürig zerfallene Knoten. Die Unterschenkel sind elephantiastisch verdickt. Anaesthesie ist nirgends nachweisbar.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Ungeachtet des mehrjährigen Zusammenlebens ist die andere Ehehälfte nicht erkrankt.

2. Reet Kann, Nr. 19, gebar im 6. Jahr ihrer Krankheit einen gesunden Sohn.

3. Triin, die Zwillingsschwester des Willem, Fall I, ist noch eben gesund; eine intrauterine Ansteckung ist also wohl auch bei Willem ausgeschlossen.

4. Die Mutter des Pat., ebenso der Bruder Jüri und die Schwester Triin vermieden jeden Verkehr mit dem Pat., und sind noch eben gesund; während der Pat. und seine Schwester Ann vor ihrer Erkrankung mit ihrer tuber.-leprösen Schwester Reet, Nr. 19, öfters in Berührung kamen.

5. Pat. gibt an, i. J. 1891 erkrankt zu sein. Nach der Aussage seiner Schwester Ann ist er jedoch seit dem J. 1887 leprös.

Fall II, Nr. 31 der Tabelle.

Willem Kühwel, geb. i. J. 1879. Lepra maculo-anaesthetica. Anseküll, Üidipe, Massi.

Der Vater des Pat., Justel, ist gesund. Dessen Eltern und Grosseltern sind angeblich leprafrei gewesen. Die Mutter des Pat. ist i. J. 1888 an der Schwindsucht gestorben. Justels Schwester und Tante des Willem (Fall II), Ann Hints Nr. 10, in das Kipaku-Gesinde des Salme-Dorfes an Mart Hints, Nr. 11, verheiratet, erkrankte dort an Lepra tuberosa und starb i. J. 1879 in dem Massi-Gesinde, nachdem sie beim Lauka-Krug als Pfortenöffnerin[1]), und bei ihrem Bruder Justel als Kinderwärterin gedient hatte. Der Ehemann der Ann Hints, Mart, ist etwa im Jahre 1874 an Lepra tuberosa gestorben. Der Sohn der beiden letzterwähnten Leprösen Andres, geb. i. J 1873, lebt noch, und ist gesund.

Justels Kinder:

1. Hindrek, geb. i. J. 1873, Nr. 29, ist seit dem J. 1884 tuberösleprös und seit 1892 in Nennal; hat mit seinem Bruder Willem in engem Verkehr gestanden und in einem Bett geschlafen.

2. Liis, geb. i. J. 1876, lebt in dem Massi-Gesinde und ist gesund.

3. Willem, geb. i. J. 1879, Nr. 31, Fall II.

4. Ann, geb. i. J. 1884, ist gesund.

---

[1]) In Oesel haben die Weggänger auf den Landstrassen zahlreiche Pforten zu passiren, welche fast überall von armen, zu diesem Zweck angestellten, arbeitsunfähigen Individuen geöffnet werden. Diese Individuen ernähren sich von Almosen, welche ihnen von den Passanten gespendet werden.



Willem Kühwel, Fall II, hat in seiner früheren Jugend an keiner nennenswerthen Krankheit gelitten. In Betreff seiner gegenwärtigen Krankheit macht Pat. keine Angaben und ist, wie es scheint, von seinem Vater zu einem solchen Verhalten angeleitet worden. Der Vater besteht darauf, dass die Krankheit des Willem mit der seines in Nennal befindlichen Bruders Hindrek, Nr. 29, nichts gemein habe. Er gibt vielmehr an, dass der Sohn Willem schon wenigstens seit 1889 „abgeschlagene", wunde Stellen am Körper gehabt habe, und erklärt die Häufigkeit der Verletzungen aus dem schlechten Sehvermögen des Pat.

Status praes.:

Pat. relativ hoch von Wuchs, von gracilem Knochenbau, mittelstarker Musculatur, mässigem Pann. adiposus. Am Rücken mehrere glatte, glänzende Narben; ebenso am rechten Ellenbogen, woselbst sich auch noch ein offenes lepröses Geschwür befindet. Die Vorderarme und Hände sind anaesthetisch. Eine Geschwürsregion erstreckt sich vorn vom unteren Oberschenkeldrittel bis unter die Kniescheibe. An den Knien sitzen Geschwüre, bedeckt von eingetrocknetem Geschwürssecret. Die Geschwüre zeichnen sich durch die charakteristische violette Infiltrationszone an ihrer Peripherie aus. Die Unterschenkel und Füsse sind wenig verdickt und mit zahlreichen Narben behaftet; die Sensibilität an denselben ist vermindert.

Epikritische Bemerkungen:

1. Ann Hints, Nr. 10, erkrankte an Lepra, nachdem sie mit ihrem tuberosa-leprösen Ehemanne längere Zeit zusammen gelebt hatte.

2. Hindrek Kühwel, Nr. 29, erkrankte an Lepra tuberosa, nachdem er mit seiner tuberös-leprösen Tante, der eben genannten Ann Hints, als seiner Wärterin, längere Zeit hindurch in enge Berührung gekommen war.

3. In demselben Massi-Gesinde wohnte vor einiger Zeit eine weitläufige Verwandte des Hindrek, Leen Kühwel, Nr. 30, und starb daselbst an Lepra tuberosa etwa i. J. 1884.

4. Willem (Fall II) erkrankte an Lepra maculo-anaesthetica, nachdem er mit seinem tuberosa-leprösen Bruder Hindrek, Nr. 29, längere Zeit zusammen in einem Bett geschlafen hatte.

Fall III, Nr. 37 der Tabelle.

Justel Leppik, geb. i. J. 1881. Lepra mixta. Ansekküll, Salme, Upstani.

Hindrek Leppik, der Grossvater des Pat., ist i. J. 1824 geboren, und lebt noch.

Dessen Kinder:

1. Peter, geb. i. J. 1851, lebt in dem Upstani-Gesinde, ist selbst gesund und hat gesunde Kinder.

2. Jaak und dessen 13jährige Tochter sind gesund.

3. Willem, geb. 1856, ist gesund. Sein Sohn (Justel, Fall III.) ist tuber.-leprös; Jaak gesund.



4. Ann, verheiratet, ist selbst gesund und hat vier gesunde Kinder.

5. Mari Arg, nach dem Tänawa-Gesinde verheiratet, ist gesund.

6. Lüs ist im Alter von 3 Jahren gestorben.

7. Reet, Nr. 38, geb. i. J. 1860, gest. i. J. 1882. Reet erkrankte an Lepra tuberosa „kurz nach ihrer Confirmation" angeblich dadurch, dass sie damals oft mit der tuber.-leprösen Leen Kühwel, Nr. 30, zusammen auf einem Lager geschlafen hatte.

8. Triin, Nr. 39, geb. i. J. 1872, starb in Nennal an Lepra tuber. i. J. 1894. Triin gab an, i. J. 1890 erkrankt zu sein. Diese Angabe ist jedoch nicht richtig, da Pat. schon i. J. 1887 von Hellat als leprös notirt, und schon damals im Hospital zu Arensburg an „Ulcera pedum leproid" behandelt worden ist.

Justel Leppik, Fall III, erkrankte i. J. 1890 an: Frösteln, Unwohlsein, Kopf- und Gliederschmerzen, Brennen und Jucken in den Extremitäten und an Durchfällen. Das Allgemeinbefinden besserte sich nach einem Blasenausbruch im Gesicht und an den Extremitäten. Seitdem begannen sich Knoten zu entwickeln und Geschwüre wechselten mit Blasen ab. Pat. hat sich einige Zeit in Nennal aufgehalten, und wohnt jetzt wieder zu Hause, isolirt von Anderen.

Status praes.

Pat. von mittlerem Wuchs, starkem Knochenbau, starker Musculatur und mässig entwickeltem Pann. adipos. Facies leonina. Die Stimme näselnd. Der Athemhauch charakteristisch stinkend. Die Stirnhaut, Augenbrauenbogen, Wangen, Lippen, Kinn und Ohrläppchen sind mit zahlreichen, theils prominirenden Knoten besetzt. An den Extremitäten zahlreiche Geschwüre und pigmentirte Narben. Das Gesicht und die Extremitäten sind anaesthetisch.

Epikritische Bemerkungen:

1. Reet Leppik, Nr. 38, erkrankte an Lepra tuber., nachdem sie angeblich mit der tuberös-leprösen Leen Kühwel, Nr. 30, öfters zusammen in einem Bett geschlafen hatte.

2. Triin Leppik, Nr. 39, wohnte vor ihrer Erkrankung an Lepra tuber. mit ihrer tuber.-leprösen Schwester Reet, Nr. 38, zusammen in einem Zimmer, schlief mit ihr zusammen in einem Bett, und kam mit ihr auch sonst noch oft in Berührung.

3. Justel Leppik, Fall III, hat mit seiner tuber.-leprösen Tante Triin, Nr. 39, als Kind in enger Beziehung gestanden. Alle Genannten haben in einem und demselben Gesinde gelebt.

Fall IV, Nr. 40.

Triin Leppik, geb. i. J. 1835. Lepra anaesthetica. Ansekülll, Insel Abro, Tani.

Pat. ist väterlicherseits mit den sub Fall III erwähnten Leppik's verwandt, und ist aus dem Upstani-Gesinde des Salme-Dorfes i. J. 1872 auf die Insel Abro gezogen. Von einem Umgang mit Leprösen will Pat. nichts wissen, sie ist jedoch nachweislich mit den Leprösen, Nr. 38 und 39, in



dem Upstani-Gesinde gelegentlich in Berührung gekommen. Pat. erkrankte angeblich i. J. 1882 an Mattigkeit, Schlafsucht und an sogen. „Brandblasen", welche auch noch später wiederholt aufgetreten sind.

Status praes.:

Pat. von mittlerem Wuchs, starkem Knochenbau, schlecht genährt. Das Gesicht deutlich gedunsen. Hohlhandmusculatur und Daumenballen atrophisch. Die Finger in Flexionsstellung. An beiden Knien dünne, glänzende Narben. Hände und Füsse, Vorderarme und Unterschenkel hochgradig anaesthetisch.

Epikritische Bemerkungen:

1. Ein längere Zeit dauernder Umgang mit Leprösen liess sich nicht nachweisen; auf gelegentliche Berührung mit solchen ist schon hingewiesen worden.

2. Es wäre vielleicht möglich, dass die Ursache der Erkrankung dieser Pat., wie auch der Fälle V und VI auf der Insel Abro selbst zu suchen ist. Sichere ätiologische Anhaltspunkte habe ich jedoch nicht finden können.

Fall V, Nr. 2.

Jüri Ääl, geb. i. J. 1838. Lepra anaesthetica. Ansekull, Insel Abro.

Pat. ist im J. 1838 in dem Mardi-Gesinde des Salme-Dorfes geboren. Vor seiner Ansiedelung auf der Insel Abro i. J. 1873, wohnte Pat. unweit der Ansekull'schen Kirche. Unter den Verwandten des Pat. ist kein Leprafall bekannt. Pat. will auch nie mit Leprösen Umgang gehabt haben. Die Erkrankung erfolgte angeblich i. J. 1884, und zwar seien die krankhaften Veränderungen an den Händen das erste Krankheitssymptom gewesen. Pat. klagt über grosse Mattigkeit.

Status praes.:

Pat. von kleinem Wuchs, schwachem Knochenbau und schlechtem Ernährungszustand. Bewegungen träge. Obere Extremitäten von der Mitte der Oberarme an anaesthetisch, ebenso beide Füsse. Daumenballen und Hohlhandmusculatur atrophisch. Mutilationen an den Fingern. Am rechten Knie dünne, glänzende, narbige Haut.

Epikritische Bemerkungen:

1. Die Fälle von Lepra anaesthetica, Fall IV, V und VI würden, wenn wir uns streng an die Anamnesen halten wollten, den Eindruck einer spontanen Entstehung machen, da ja auf der Insel Abro kein Tuberös-Lepröser zu finden ist, und diese Pat. schon lange Zeit vor ihrer Erkrankung ihre verseuchte Heimat (die Schworbe, Fall IV und V) verlassen haben, ferner mit Leprösen angeblich nie in Berührung gekommen sind. Da jedoch die Krankheitsdauer von den Leprösen nachgewiesenermassen fast immer zu kurz angegeben wird, und dieses ganz besonders bei dem Fall V anzunehmen ist, wo die krankhaften Veränderungen in den „10 Jahren" so langsam vorgeschritten sind, so dürfen wir uns auf die Anamnesen nicht sicher verlassen. Behalten wir dieses im Auge, so wäre es wohl möglich, den Erkrankungsfall IV auf eine schon vor dem Hin-

übersiedeln der Pat. auf die Insel Abro in dem Upstani-Gesinde stattgefundene Berührung mit der tuber.-leprösen Reet Leppik, Nr. 38, zurückzuführen. Bei dem Fall V liesse sich die Erkrankung mit einer Berührung mit den tuber.-leprösen Mart, oder Ann Hints, Nr. 11, 10, in Zusammenhang bringen, da der Pat. ja noch nach der Erkrankung dieser Individuen, mit denselben in demselben Dorf (Salme) gelebt hat.

2. Für die Fälle IV, V und VI der Insel Abro käme ätiologisch auch noch der Umstand in Betracht, dass die Fischer der Halbinsel Schworbe nicht selten an die Küste der Insel Abro zum Fischfang herüber kommen. Es wäre also eine Berührungsmöglichkeit mit Leprösen für die Fälle IV, V, VI auf diesem Wege wohl zuzugeben.

Fall VI, Nr. 26.

Irina Köbi, geb. im J. 1837. Lepra anaesthetica. Anseküll, Insel Abro.

Pat. ist aus Mennust (Kirchsp. Kergel) gebürtig. Im J. 1870 zog Pat. mit ihrem Ehemanne Mihkel (gebürtig aus Taggamois, Kirchsp. Kielkond) auf die Insel Abro, und erkrankte hier angeblich im J. 1893. Der Sohn der Pat. dient in Riga als Soldat und ist angeblich gesund; die Tochter ist mit 10 Jahren an einer der Pat. unbekannten Krankheit gestorben. Mit Leprösen will Pat. nie Umgang gehabt haben. Vor einigen Jahren hat Pat. an einem langwierigen Geschwür am I., II. und III. Zehenballen des linken Fusses gelitten.

Status praes.:

Pat. von mittlerem Wuchs, schwachem Knochenbau und schlechtem Ernährungszustande. Die Gesichtshaut ist normal; die Vorderarme und Hände, Unterschenkel und Füsse sind anaesthetisch. Daumenballen und Hohlhandmuskeln atrophisch. Am linken Vorderarm sitzt eine weisse, glänzende Narbe. Nicht hochgradige Mutilationen an den Fingern.

Epikrit. Bemerkungen.

1. Nach dem vorhandenen Krankheitsbilde zu urtheilen, gibt Pat. die Krankheitsdauer offenbar zu kurz an.

2. Es ist dieses der einzige Leprafall, bei welchem die Annahme nahe liegt, dass die Kranke durch Lepröse, welche an der anaesthetischen Form leiden, inficirt worden ist. Irina Köbi ist nämlich nachweislich viel mit den anaesthetisch Leprösen Fall IV und V in Berührung gekommen, während sie mit tuberös Leprösen anscheinend nie etwas zu thun gehabt hat. Es könnte aber der Fall V z. B. früher auch ein Fall von Lepra mixta gewesen sein. Ausserdem bleibt ja immerhin noch der schon bei Fall V erwähnte Weg für eine eventuelle Infection offen, nämlich der durch lepröse Fischer von der Sworbe.

Fall VII, Nr. 16.

Juhan Kaesweld, geboren im J. 1856. Lepra mixta. Anseküll, Tehomardi, Kaete.



Der Vater des Pat. starb im J. 1878, die Mutter im J. 1868. Der Bruder des Pat. und dessen Kinder, mit welchen Pat. zusammen in einem Hause wohnt, sind gesund. Pat. siedelte im J. 1870 aus Käsel nach Tehomardi hinüber, heiratete im J. 1882, und erkrankte angeblich im J. 1888. Seit dem J. 1887 hat Pat. sich zu Hause mit dem Fischfang beschäftigt. Vorher hat Pat. 10 Sommer über in Riga im Hafen gearbeitet; er hat sich auch in Reval aufgehalten. Seit 1892 wurde Pat. in Nennal behandelt, und kehrte im J. 1894 wieder nach Hause zurück. Pat. kennt alle Leprösen der Umgegend (z. B. Nr. 6, 17, 101, 108 u. A.), ist mit diesen jedoch angeblich nicht in engere Berührung gekommen. Die anästhetische Lepröse, Tiiu Kaesweld Fall IX ist eine Cousine des Patienten.

Status praes.:

Pat. von hohem Wuchs, starkem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur und Pann adip. In der Haut des Gesichtes und der Extremitäten sind Knoteneinlagerungen sichtbar und fühlbar. Narbige Hautpartien sind zahlreich an den Extremitäten vorhanden. Das Gesicht und die Extremitäten weisen eine herabgesetzte Sensibilität auf.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Die Möglichkeit einer Berührung mit Leprösen, maculo-anaesthetischen sowohl, als auch tuberösen, muss zugegeben werden, doch lassen sich engere Beziehungen zu solchen nicht feststellen.

2. Aetiologisch ist bei diesem Fall auch der Umstand zu beachten, dass Pat. sich als Hafenarbeiter längere Zeit in Riga aufgehalten hat, wo es bekanntlich an Leprösen nicht fehlt.

3. Eine Weiterverbreitung der Krankheit durch Fall VII scheint bis jetzt nicht erfolgt zu sein.

4. Das jüngste Kind des Pat. ist im J. 1892 geboren, während Pat. angeblich seit 1888 an Lepra leidet.

Fall VIII, Nr. 17.

Tiiu Kaesweld, geb. im J. 1856. Lepra anaesthetica. Ansekùll, Tehomardi, Raona.

Der Vater der Pat., ein Onkel des Leprösen Juhan Kaesweld Fall VII Nr. 16, ist längst gestorben; ebenso die Mutter. Geboren und aufgewachsen ist Pat. in dem Kaete-Gesinde des Tehomardi-Dorfes. Vom J. 1874 an hat Pat. an verschiedenen Orten gedient, so in Järwe, Upa, Rennisoo (Kirchsp. Kergel) und anderweitig. Pat. leidet angeblich von Jugend auf an rheumatischen Schmerzen. Die ersten Geschwüre und Blasen zeigten sich etwa im J. 1874. Pat. bewohnt zusammen mit ihrer 7jährigen Tochter ein erbärmliches, verlassenes Fischerhäuschen, ohne Pflege, geplagt von Rheumatismus, ausgedehnten leprösen Geschwüren, von Schwachsichtigkeit und Hunger. Ihre kärgliche Nahrung erwirbt Pat. sich von den Fischern durch Ausbessern der Netze.

Status praes.:

Pat. von mittlerem Wuchs, starkem Knochenbau, schwach ent-



wickelter Musculatur und schlechtem Ernährungszustand. Der Gesichtsausdruck ist leidend. Der Mund ist nach links gezogen. Das Gesicht und alle Extremitäten mit Ausnahme der Finger und Zehen sind anaesthetisch. Ganz besonders stark ist die Anaesthesie an den Streckseiten der Ellenbogen- und Knie-Gelenke ausgeprägt. An den Extremitäten nehmen flache Excoriationen und prallgefüllte Blasen beträchtliche Flächen ein. Die Ellenbogen- und Kniehaut ist narbig und pigmentirt.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Ueber den Ursprung der Krankheit habe ich nichts sicheres in Erfahrung gebracht; vermuthen lässt es sich, dass die Krankheit direct oder indirect aus dem Gut Tirimetz herstammt, welcher Ort, wie unten genau erörtert werden wird, zur Brutstätte fast aller Leprafälle der Umgegend wurde.

2. Mit dem tuber.-anaesth. Leprösen Juhan Kaesweld, ihrem Vetter, hat Pat. in einem und demselben Gesinde gelebt, dieser erkrankte jedoch angeblich viel später, als Pat.

3. Reet Treu, Nr. 101 wohnte in dem Nachbargesinde; mit dieser Leprösen hat Pat. verkehrt, ist jedoch angeblich früher erkrankt als diese.

4. Die 7jährige Tochter der Pat. ist trotz der 20 Jahre alten Krankheit ihrer Mutter und der tagtäglichen engen Berührung mit der Letzteren nicht erkrankt.

Fall IX, Nr. 50.

Ann Oue, geb. i. J. 1820, gest. i. J. 1894. Lepra anaesthetica. Anseküll, Tehomardi, Kaete.

Pat., gebürtig aus Karki (Kirchsp. Jamma, Seli-Ges.), wurde i. J. 1845 nach dem Rahudis-Dorf (Raawi-Ges.) an Predik Oue verheiratet; zog von dort i. J. 1869 in das Koogatuma-Dorf und wohnt seit d. J. 1888 in dem Kaete-Gesinde des Dorfes Tehomardi bei ihrer verheirateten Tochter. Vier andere Töchter der Pat. haben die Insel Oesel vor längerer Zeit verlassen; wo sie sich aufhalten, und ob sie noch am Leben sind, weiss Pat. nicht zu sagen. Die Krankheit hat angeblich i. J. 1855 mit heftigen Schmerzen in den oberen Extremitäten begonnen. Blasen und Flecke sind angeblich nie vorhanden gewesen.

Status praes.:

Pat. von mittlerem Wuchs, gracilem Knochenbau und sehr schlechtem Ernährungszustand. Die Daumenballen und die Hohlhandmusculatur sind hochgradig atrophisch. Bei erhaltenen Nägeln fehlen einige Endphalangen der Finger. An beiden Fusssohlen tiefe, beim Sondiren unempfindliche Geschwüre. Die Sensibilität ist am ganzen Körper vermindert. Die Extremitäten und das Gesicht sind hochgradig anaesthetisch.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Ich hatte von vornherein die Hoffnung fast aufgegeben, eine Ursache für die Erkrankung dieses Falles zu entdecken, da der Ansteckungstermin über 40 Jahre zurückreichte. Um so interessanter war es mir später doch in die Lage zu kommen, mit grosser Wahrscheinlichkeit auf



die der Patientin nahverwandte lepröse Familie Oue (Nr. 51, 52, 53, 54) in dem Dorfe Rahudis, als auf den Ausgangspunkt ihrer Krankheit, zu stossen. Wie oben erwähnt, wurde Pat. i. J. 1845 in das Dorf Rahudis, Gesinde Raawi, verheiratet. Der Bruder ihres Ehemannes, Juri Oue Nr. 52), starb an L. tub. etwa i. J. 1879, desgleichen dessen Eheweib Madli (Nr. 51) i. J. 1854; und deren Kinder Mari (Nr. 53) und Predik (Nr. 54) Erstere i. J. 1859, Letztere i. J. 1864. (Eine Tochter des Juri Oue lebt noch gegenwärtig in dem Laose-Gesinde und ist gesund.) Alle die eben genannten Leprösen wohnten in dem Laose-Gesinde, welches auch zu dem Dorf Rahudis gehört; und in Anbetracht dieser Umstände können wir annehmen, dass zwischen der Pat., Fall IX, und diesen Leprösen vor der Erkrankung der Ersteren ein inniger Verkehr bestanden hat, wenngleich Pat. mir solches nicht angab; ich wusste bei ihrer Untersuchung auch nicht darnach zu fragen. Als ich meine Reise zur Pat. behufs Aufklärung dieses Umstandes wiederholte, war Pat. leider schon gestorben (angeblich an der Ruhr).

2. Die pathologischen Veränderungen sind im Vergleich zu der langen Dauer des Krankheitsprocesses gering.

3. Eine weitere Ansteckung durch Fall IX ist, soweit meine Untersuchungen reichen, nicht erfolgt.

Fall X, Nr. 6.

Triin Ait, geb. i. J 1832. Lepra tuberosa. Ansekül1, Kuldi, Kuldi-Reinu.

Pat., geboren und aufgewachsen in dem Suurna-Dorf, und i. J. 1854 nach dem Kuldi-Gesinde verheiratet, hat als Wirthin stets unter relativ guten Verhältnissen gelebt. Der Mann der Pat., ihre 4 Schwestern und 9 Kinder, sind gesund; auch unter ihren Verwandten konnte ich keinen Leprafall nachweisen. Die Erkrankung erfolgte nach Angabe der Pat. i. J. 1891; ihre Schwiegertochter kennt ihre Krankheit jedoch seit d. J. 1884 Pat. klagt über allgemeines Schwächegefühl. Pat. gibt an, ähnliche Kranke nie gesehen zu haben, was nachweislich nicht der Fall ist.

Status praes.:

Pat. von hohem Wuchs, starkem Knochenbau, schlechter Ernährung. Das Gesicht entstellt. Die Stimme rauh, heiser, pfeifend. Die Athmung stenotisch. Foetor ex ore. Bei intacter Oberhaut sind sowohl an der gewulsteten Stirn, als auch an der verdickten Nase und den Lippen zahlreiche Knoten fühlbar. Die Wangen sind gedunsen und hängend, das Kinn breit, flachhöckerig. Der weiche Gaumen und die Pharynxschleimhaut ulcerirt. Die Gesichtshaut ist blau-roth verfärbt; sonst sind keine Flecke und keine Anaesthesie vorhanden.

Epikrit. Bemerkungen:

1. „Omnis leprosus mendax." Pat. will keine Leprösen gesehen haben. Diese Angabe entspricht der Wirklichkeit keineswegs. Ich habe nämlich von vielen Seiten erfahren, dass Pat. die tuber. Lepröse Ann



Kuldsaar (Nr. 32), welche etwa i. J. 1878 in dem Ustlu-Gesinde desselben Kuldi-Dorfes starb, oft besucht und in ihrer Krankheit gepflegt hat. Pat. kennt, wie ich constatiren konnte, auch alle späteren Leprösen der Umgegend.

2. Was die Aussagen der Pat. in Betreff ihrer Krankheitsdauer anbelangt, so stimmt damit die Angabe ihrer Schwiegertochter keineswegs überein. Auch die Krankheitssymptome sprechen für eine längere Dauer des Leidens, als Pat. es behauptet.

3. Obgleich nicht die geringste Isolirung durchgeführt worden ist und Pat. als Wirthin fungirt, Speisen zubereitet, Brod backt etc., ist doch weder ihr Ehemann, noch sonst jemand in diesem Gesinde an Lepra erkrankt.

Fall XI, Nr. 7.

Peter Arge, geb. i. J. 1853. Lepra maculo-anaesthetica. Anseküll, Suurna, Tohwre.

Pat. gehört einer leprafreien Familie an, die ich recht gründlich durchsucht habe. Der 70jährige Vater des Pat. ist gesund. Pat. ist unverheiratet und hat fast ausschliesslich in dem Tohwre-Gesinde gelebt. Nur einige Sommer über, zuletzt i. J. 1882, hat Pat. sich an der Südküste des finnischen Meerbusens mit dem Fischfang beschäftigt. Pat. will seit dem J. 1879 krank sein. Als Krankheitsursache gibt Pat. eine gründliche Erkältung auf dem Meere an, wobei er seine Hände an Schiffstauen lädirte. Seit seiner Erkrankung hat Pat. häufig an Schüttelfrösten gelitten. Pat. gibt an, nur eine Lepröse, Ann Kann (Nr. 18), in dem Länga-Gesinde (eine halbe Werst entfernt) dem Aussehen nach gekannt zu haben, will jedoch nie mit ihr in nähere Berührung gekommen sein.

Status praes.:

Pat. von mittlerem Wuchs, starkem Knochenbau, gut entwickelter Musculatur und Pann. adiposus. Die Gesichtshaut ist blauroth verfärbt, trocken, verdickt. Mehr weniger symmetrisch gelegene Flecke befinden sich an der vorderen und hinteren Seite des Rumpfes. Die Daumenballen und Hohlhandmuskeln sind stark atrophisch. Digiti V flectirt. Die oberen und unteren Extremitäten sind anaesthetisch.

Epikrit. Bemerkungen:

1. In dem Fall XI haben wir wiederum ein Beispiel dafür, dass die Krankheitsdauer von den Leprösen kürzer angegeben wird, als sie wirklich ist; denn vergleichen wir die Angaben des Pat. mit denen Hellat's, wonach Pat. schon seit d. J. 1874 an Lepra leidet, so stossen wir auf eine Differenz von 5 Jahren. Nehmen wir nun an, dass Pat. sich in seiner Angabe auch Hellat gegenüber um ungefähr 5 Jahre versehen hat, so bekommen wir für den Beginn der Krankheit etwa die Jahreszahl 1869. Unter dieser Annahme wäre der Ausbruch der Krankheit des Pat. ca. 3 Jahre nach der letzmöglichen Berührung mit der tuberös-leprösen Tiina Pruul (Nr. 67) erfolgt, welche, wie wir später



unten sehen werden, bis zum J. 1866 in demselben Tohwre-Gesinde als Magd diente.

2. Pat. könnte trotz seiner anderslautenden Angabe wohl auch mit der tuberös-leprösen Ann Kann (Nr. 18), welche i. J. 1884 in dem nahegelegenen Länga-Gesinde starb, in Berührung gekommen sein. Wie unzuverlässig die Angaben des Pat. sind, geht schon daraus hervor, dass er, wie ich auf anderen Wegen erfahren habe, auch die unten noch zu erwähnenden Leprösen in dem Ustlu-Gesinde (Nr. 32, 33, 34, 35, 36), sowie Nr. 10 und 11 u. A. genau gekannt hat.

3. Pat. (F. XI), dessen Krankheit für nicht ansteckend angesehen wird, kommt täglich mit anderen Bewohnern des Tohwre-Gesindes in Berührung, ohne dass jemand von ihnen erkrankt wäre.

Fall XII, Nr. 57.

Sander Oun, geb. i. J. 1857. Lepra anaesthetica. Anseküll, Hirmuste, Tatraselja.

Pat. ist in dem Tatraselja-Gesinde geboren und hat sich fast ausschliesslich dort aufgehalten. Nur kurze Zeit diente Pat. in dem Mätasselja-Gesinde und $2\frac{1}{2}$ Sommer hindurch als Eisenbahnarbeiter in Estland. Im J. 1876 ist Pat. angeblich 3 Monate lang im Reval'schen Hospital an einem Oberschenkelgeschwür behandelt worden. Die gegenwärtige Krankheit entstand angeblich in Folge einer Erkältung i. J. 1873. Pat. verrichtet ungeachtet der 22jährigen Krankheitsdauer allerhand Arbeiten, nur fällt dabei ihm und Anderen seine allgemeine Unlust und Langsamkeit auf. Mit tuber-leprösen (jetzt schon verstorbenen) Individuen desselben Gesindes (Nr. 55, 56, 58, 59, 60) ist Pat. unzählige Mal in Berührung gekommen.

Status praes.:

Pat. von hohem Wuchs, starkem Knochenbau, mässiger Ernährung. Der Gesichtsausdruck ist apathisch. Die Musculatur der linken Gesichtshälfte ist gelähmt. Auf der linken Seite besteht hochgradiges Ectropium und Lagophthalmus. Atrophie der Daumenballen und der Hohlhandmuskeln. Hochgradige Mutilation der Finger und Zehen. Die Zehen des linken Fusses sind nur durch dünne Hauthöcker angedeutet. An den Fusssohlen hat Pat. mehrere charakteristische Geschwüre. Die Vorderarme und Unterschenkel, Hände und Füsse sind anaesthetisch. Flecke sind nirgends zu finden.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Enge Berührung mit Leprösen hat vor der Erkrankung nachweislich bestanden.

2. Mit den Leprösen Oun (Nr. 55, 56, 60) ist Patient insoweit verwandt, als ihre Urgrossväter Gebrüder waren.

3. Ueber die lepröse Familie Oun in Tatraselja als Ausgangspunkt für die meisten Leprafälle des Anseküll'schen Kirchspiels werden wir unten Genaueres erfahren.



Fall XIII, Nr. 113.

Liisu Wapper, geb. i. J. 1864. Lepra maculo-anaesthetica. Ansekûll, Lemmalsneese, Nigu.

Der Vater der Pat. starb i. J. 1878 in Folge einer Fractur und Amputation. Die Mutter und die Geschwister sind gesund. Auch unter den Verwandten der Pat. ist angeblich kein Leprafall vorgekommen. Pat. hat ausschliesslich in dem Nigu-Gesinde gelebt, und will mit Leprösen niemals in Berührung gekommen sein. Pat. erkrankte i. J. 1884 an Kopfschmerz und Gastralgie. Damals wurden ihre Menses unregelmässig, welche jetzt noch sehr schwach und mit heftigen Schmerzen verbunden sind. Den letztgenannten Umstand sieht Pat. als Krankheitsursache an. Gegenwärtig fühlt sich Pat. arbeitsunlustig, matt, und klagt über unbestimmte Schmerzen „in allen Knochen".

Status praes.:

Pat. von mittlerem Wuchs, starkem Knochenbau, gut entwickelter Musculatur und Pann. adiposus. Die gedunsene Gesichtshaut ist blauroth verfärbt und trocken. Anaesthetische, violette, mehr weniger symmetrisch gelegene Flecke sind an der vorderen und hinteren Seite des Rumpfes zu sehen. An den Flecken ist die Haut lederartig verdickt und erhaben. Am rechten Ellenbogen ist die Haut narbig, glänzend. Die Daumenballen und Hohlhandmuskeln sind stark atrophisch. Die oberen Extremitäten weisen eine beträchtliche Sensibilitätsherabsetzung auf.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Umgang mit Leprösen konnte ich für den F. XIII nicht nachweisen. Nach Hellat's Angabe sind in demselben Dorfe mehrere lepröse Individuen (vor d. J. 1887) gestorben. Ueber diese verstorbenen Leprösen und über die etwaigen Beziehungen der Pat. zu denselben habe ich jedoch nichts Näheres erfahren.

Fall XIV, Nr. 108.

Kaarel Tuulik, geb. i. J. 1864. Lepra mixta. Ansekûll, Kaimre Tamsla.

Die Fam. Tuulik ist seit dem Urgrossvater des Pat. in dem Tamsla-Gesinde ansässig.

Die Eltern des Pat. sind gesund; ebenso seine 2 Brüder. Pat. war bis zum J. 1890 Dorfschullehrer, und beschäftigt sich seit der Zeit, wie alle anderen Dorfbewohner, hauptsächlich mit dem Fischfang. Im J. 1885 hielt sich Pat. bei Narwa an der estländischen Küste auf. Im J. 1892 heiratete er die gesunde, kräftige Frau seines verstorbenen Bruders; ist jedoch kinderlos. Die Angaben des Pat. sind sehr dürftig; er will von einer specifischen Krankheit nichts wissen und leidet an den ihn wenig genirenden Fussgeschwüren „seit einigen Jahren". Pat. kennt mehrere von den noch jetzt lebenden Leprösen, will mit denselben jedoch nicht in Berührung gekommen sein. Wohl erinnert er sich eines leprösen



Onkels Andres Tuulik (Nr. 107), welcher in demselben Tamsla-Gesinde etwa i. J. 1874 starb, und mit welchem Pat. intim verkehrte.

Status praes.:

Pat. hoch von Wuchs, von starkem Knochenbau, gut entwickelter Musculatur und gutem Pann. adiposus. Die Stimme heiser. Die Stirnhaut verdickt. Die Nasenlöcher mit Borken belegt. Die Uvula ulcerös. Die Haut der Extremitäten gefleckt, anaesthetisch. Am linken Ellenbogen ein charakteristisches Geschwür. An dem rechten Grosszehenballen befindet sich ein unempfindliches, tiefes Geschwür mit blassen, dicken rissigen Rändern. Die Inguinaldrüsen beiderseits stark geschwollen.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Mit seinem i. J. 1874 verstorbenen tuber.-leprösen Onkel Andres Tuulik (Nr 107) hat Pat. bis zu seinem 10. Lebensjahr tagtäglich Berührung gehabt.

2. Kusta Wanem (Nr. 112) starb i. J. 1893 in Nennal an Lepra tuberosa. Dieser Lepröse stammt aus demselben Kaimre-Dorf her und ist daher dem F. XIV sehr wohl bekannt.

3. Pat. leidet nach Hellat's Angabe seit dem J. 1882 an Lepra.

4. Von anderen Gesindebewohnern ist Pat. nicht isolirt. Niemand ist daselbst an Lepra erkrankt.

5. Pat. ist von sehr kräftigem Körperbau und erst 30 Jahre alt, daher ist seine Impotenz wohl auf die Krankheit zu beziehen.

Fall XV, Nr. 4.

Wiiu Aaw, geb. i. J. 1838. Lepra anaesthetica. Anseküll, Wintri, Wintri.

Der Vater der Pat. ist i. J. 1864, die Mutter i. J. 1874 gestorben. Die Schwester Mari (Nr. 3), angeblich seit 1886 tuberosa-leprös, befindet sich in Nennal. Die 3 Brüder der Pat., Andres, Peter und Laas, sind angeblich gesund. Pat. ist gebürtig aus dem Noti-Gesinde desselben Dorfes, und seit dem J. 1864 verheiratet. Der Ehemann und die Kinder der Pat. sind gesund. Die Erkrankung erfolgte mit heftigen Fussschmerzen i. J. 1885. Mit Leprösen will Pat. vor ihrer Erkrankung nicht in Berührung gekommen sein; ihre Schwester Mari (Nr. 3) ist angeblich später, i. J. 1886 erkrankt. Gegenwärtig klagt Pat. über rheumatische Schmerzen in allen Extremitäten, wie auch darüber, dass sie ihre linke Fussspitze nicht mehr heben kann, dass die Zehen beim Gehen oft „in die Erde stechen und beschädigt werden“.

Status praes.:

Pat. von mittelhohem Wuchs, mittelstarkem Knochenbau, schlechtem Ernährungszustand. Ectropium der Augenlider; Lagophthalmus. Die Augenbrauen fehlen zum Theil. Das Gesicht und die Extremitäten sind anaesthetisch. Alle Finger flectirt. Der rechte Unterschenkel und beide Füsse sind elephantiastisch verdickt. Im rechten Grosszehenballen ein tiefes Geschwür, in welchem sich beim Sondiren das Fehlen der äusseren

Hälfte des os metacarp. I leicht constatiren lässt. Auch links ist ein ähnliches Geschwür vorhanden. Mutilationen an den Zehen.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Pat. ist sowohl in ihrem früheren, als auch jetzigen Wohnort mit den Tuberös-leprösen, Triin (Nr. 42) und Reet Meister (Nr. 41), welche unter Anderem in dem Noti und Wintri-Gesinde als Mägde längere Zeit gedient haben, vielfach in enge Berührung gekommen.

2. Die in Nennal befindliche lepröse Schwester der Pat. behauptete dass Letztere (F. XV) gesund sei.

3. Die Angabe der Pat. über den Gesundheitszustand ihrer Brüder stimmt mit einer Mittheilung des Herrn Dr. Kudrewski nicht überein, nach welcher ihr Bruder Laas Kaert (aus dem Noti-Gesinde) schon seit 1892 im Hospital in Petersburg an Lepra anaesthetica behandelt wird. (Da mir diese Mittheilung sehr spät zuging, konnte ich diesen Leprösen nicht mehr in der Tabelle verzeichnen.)

4. Mit den obenerwähnten Leprösen, Triin und Reet Meister (Nr. 42 und 41) hat auch die Schwester der Pat. Mari (Nr. 3) in dem Wintri-Gesinde zusammengewohnt.

5. Ob die Angabe der Pat., dass ihre Schwester früher als sie selbst erkrankt sei, richtig ist, vermag ich nicht zu beurtheilen.

Fall XVI, Nr. 82.

Triin Suurhans, geb. i. J. 1842. Lepra mixta. Jamma, Laadla, Hansu.

Pat. entstammt einer leprafreien Familie. Ihr Ehemann ist in Windau gestorben; ihre zwei Söhne leben noch und sind angeblich gesund. Pat. erkrankte i. J. 1892 an heftigen Schmerzen im linken Fuss. Seit dem J. 1892 ist Pat. wiederholt nach Nennal geschickt worden, sie ist jedoch wieder nach Hause zurückgekommen, um ihre Söhne von der denselben auferlegten Zahlung der Unterhaltungskosten zu befreien. Pat. wohnt in einem erbärmlichen Zimmer isolirt, und curirt sich mit Bädern und allerhand Mitteln, die sie sich aus der Apotheke oder aus dem Walde besorgt hat. Von einem Umgang mit Leprösen will Pat. nichts wissen.

Status praes.:

Pat. von mittlerem Wuchs, gracilem Knochenbau und schlechtem Ernährungszustand. Der Gesichtsausdruck ist leidend; die Stirnhaut verdickt, charakteristisch gewulstet und violett verfärbt. Die Augenbrauen fehlen. Die Ohrläppchen sind knotig infiltrirt. Die Extremitäten sind anaesthetisch und mit zahlreichen weissen narbigen Hautpartien behaftet.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Leider zu spät habe ich aus meinen Notizen ersehen, dass die etwa i. J. 1879 an L. tuberosa erkrankte Ann Tiik (Nr. 96) bei der Pat. in dem Laadla-Gesinde 2 Jahre lang (von 1885 bis 1887) als Magd gedient hat. Wie eng der somit zweifellos stattgehabte Umgang der Pat. (F. XVI) mit jener Leprösen gewesen sein mag, kann ich daher nicht angeben.

2. Die Krankheitsdauer gibt Pat. offenbar zu kurz an, denn i. J. 1892 wurde Pat. schon zum ersten Mal nach Nennal gebracht, weil sie an Lepra litt.

3. Die Leprōse, Reet Saar (Nr. 75), welche seit 1890 an Lepra tuberosa leidet, ist mit der Pat. (F. XVI) verwandt.

4 Pat. kennt sehr gut die Leprösen, Mart (Nr. 46) und Ann Noot (Nr. 44).

Fall XVII, Nr. 44.

Ann Noot, geb. i. J. 1877. Lepra tuberosa. Jamma, Jamma, Kleemu.

Der Vater der Pat., Mart Noot (Nr. 46), erkrankte i. J. 1884 an Lepra tuberosa; hielt sich vom Jahre 1892 bis 1893 in Nennal auf, kam nach Hause (in das Kleemu-Gesinde) und starb hier im Jahre 1894. Die Mutter der Pat. ist gesund, ihre 6 Geschwister gestorben. Pat. hat nur bei ihren Eltern, in dem Kleemu-Gesinde gelebt. Pat. erkrankte schon i. J. 1892, verheimlichte ihre Krankheit vor allen Menschen ausser ihrer Mutter, und galt während meiner Untersuchungsreise allgemein für gesund. Sie bewohnt mit ihrer Mutter zusammen ein geräumiges Zimmer, und schläft im Winter mit ihr in einem Bett.

Status praes.:

Pat. von hohem Wuchs, kräftigem Knochenbau, mächtig entwickelter Musculatur und starkem Pannic. adiposus. Das Gesicht ist gedunsen und blau-roth verfärbt. Die Augenbrauengegend, Wangen, Lippen, Kinn und Ohrläppchen sind knotig infiltrirt. Die Haut der Extremitäten ist mit zahlreichen, elastisch harten, violett verfärbten Knoten besäet, welche letztere an der Vorderseite der Oberschenkel in ihrem Centrum geschwürig zerfallen sind. Anaesthesie ist nirgends nachweisbar.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Der Vater der Pat. erkrankte an Lepra tuberosa i. J. 1884, während Pat. i. J. 1877 geboren ist; von einer Vererbung der Krankheit kann also nicht die Rede sein.

2. Vom J. 1884 bis 1892 wohnte der tuberös-lepröse Vater der Pat. mit der letzteren zusammen in einem Zimmer.

3. Meine Untersuchung in Betreff der Leprafälle Mats (Nr. 47), Eew (Nr. 45), Peter (Nr. 48), Triin Noot (Nr. 49) ist unvollkommen, insofern jedoch von Wichtigkeit, als sie zeigt, dass es in der Familie Noot schon längst Leprōse gegeben hat. Diese Leprösen lebten in demselben (Jamma) Dorfe, Pajapöllu-Gesinde.

Fall XVIII, Nr. 64.

Mari Pobus, geb. i. J. 1820. Lepra anaesthetica. Jamma, Lööpöllu, Sepakopli.

Pat., geboren in dem Ohesaare-Dorf, diente als Magd in Järwe (Karmel), und wurde i. J. 1845 in das Niidi-Gesinde des Mäebe-Dorfes verheiratet. Der Mann der Pat. ist i. J. 1889 in England gestorben. Im J. 1892 zog Pat. nach ihrem jetzigen Wohnort, wo ihre gesunde ver-



heiratete Tochter seit dem J. 1891 lebt. Unter den Verwandten der Pat sind angeblich keine Leprafälle vorgekommen; auch mit fremden Leprösen will Pat. nie Umgang gehabt haben. Pat. erkrankte etwa i. J. 1874, und zwar bestanden die ersten Krankheitssymptome in heftigen Schmerzen in allen Extremitäten und Ameisenkriechen. Nach einem Aderlass am linken Vorderarme wurden die Finger jener Hand „sofort krumm". Erst viel später erkrankten die Finger der rechten Hand. Gleichzeitig mit den Fingern krümmten sich auch die Zehen. Pat. ist arbeitsunfähig und schwach.

Status praes.:

Pat. klein von Wuchs, von gracilem Knochenbau und schlechtem Ernährungszustand. Stark anaesthetisch erweisen sich die Vorderarme und Hände, Unterschenkel und Füsse, wie auch das Gesicht. Die Handmuskeln im höchsten Grade atrophisch. Mutilationen der Finger und Zehen.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Bei dem Fall XVIII kann ich eine Berührungsmöglichkeit mit Leprösen nicht nachweisen. Es ist dieses sehr schwer, weil der Infectionstermin über 20 Jahre zurückliegt.

2. Von Belang erscheint mir eine Notiz im Arensburger Hospitalsjournal, nämlich dass i. J. 1830 ein „Redik Popus" aus Torkenhof dort an „Vulnera pedum" behandelt worden ist; das war also 15 Jahre vor der Verheiratung der Pat. nach dem Mäebe-Dorf.

Fall XIX, Nr. 85.

Ann Talu, geb. i. J. 1873. Lepra maculo-anaesthetica. Kielkond, Lahhentaggo, Körtsi.

Der Vater der Pat., Josep Talu (Nr. 86), gebürtig aus Mennust (Kirchspiel Kergel), diente i. J. 1890 einige Monate auf dem Gute Lemmalsneese und erkrankte angeblich dort an Lepra tuberosa. Darauf wohnte er bis zum Jahre 1892 in dem Körtsi-Gesinde und befindet sich seit dem Jahre 1892 in Nennal. Pat. (Fall XIX) diente ein Jahr (i. J. 1893) in dem Dorfe Saufer (Kirchspiel Kergel) und ist sonst ausschliesslich in dem Körtsi-Gesinde wohnhaft gewesen. Pat. fühlt sich vollständig gesund. Die Flecke auf ihren Vorderarmen sind i. J. 1893 entstanden.

Ausser ihrem Vater will Pat. keine Leprösen gekannt haben.

Status praes.:

Pat. von hohem Wuchs, kräftigem Knochenbau, gut entwickelter Musculatur und gutem Ernährungszustand. Die Gesichtsfarbe frisch, gesund. Beide Vorderarme weisen auf ihrer Streckseite einen 5" langen, 2" breiten, violett aussehenden Fleck auf. Diese Flecke haben unregelmässige, zackige Ränder, sind nicht erhaben, wohl aber anaesthetisch. Am rechten Ellenbogen und an der Vorderseite des linken Unterschenkels einige kleine glänzende Narben.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Vor der Erkrankung der Pat. hat zwischen ihr und ihrem tuber.-leprösen Vater häufig Berührung stattgefunden.



2. In dem Dorfe Saufer ist etwa i. J. 1889 eine aus dem Gesinde Tatraselja dorthin verheiratete Lepröse gestorben.

Fall XX, Nr. 110.

Maris Walge, geb. i. J. 1850. Lepra anaesthetica. Kielkond, Koimel, Ürtsi.

Pat. hat als Magd in verschiedenen Gegenden gedient, so in dem Wiidu-Dorf, auf den Gütern Lahhentaggo 9 Jahre, und Lemmalsneese 5 Jahre. Der Ehemann und die Kinder der Pat. sind gesund, auch unter ihren Verwandten sollen derartige Erkrankungsfälle nicht vorgekommen sein. Pat. erkrankte i. J. 1882 an grossen Blasen auf beiden Knien. Mit Leprösen will Pat. in keinerlei Beziehungen gestanden haben.

Status praes.:

Pat. von mittlerem Wuchs, starkem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur und schlechtem Ernährungszustand. Die Anaesthesie des Gesichtes und aller Extremitäten ist stark ausgeprägt; auch die Ellenbeugen und Kniekehlen, sowie die Glutaealgegend weisen eine deutliche Sensibilitätsherabsetzung auf. An den Extremitäten zahlreiche prallgefüllte Blasen, flache Excoriationen und borkige Hautverdickungen. Die Finger zeigen Mutilationen. Elephantiastische Verdickung der Füsse. Die rechte grosse Zehe beträgt $5^1/_4$ Zoll an Umfang.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Pat. hat auf dem Gut Lemmalsneese gedient, und es wäre möglich, dass sie dort mit Leprösen Umgang gehabt hat. Bei Fall XIII sahen wir, dass es in dem Dorf Lemmalsneese nach Hellat's Angabe Lepröse gegeben hat; und die Dorfbewohner arbeiten ja sehr oft auf dem Gutsgebiet.

2. Pat. hat während ihrer Krankheit gesunde Kinder geboren, die noch gegenwärtig alle gesund sind.

3. In ihrer Umgegend hat es, wie wir später sehen werden, Lepröse gegeben (Nr. 114 und 115).

Fall XXI, Nr. 15.

Miina Kaar, geb. i. J. 1832, Lepra anaesthetica. Kielkond, Pälli, Pälli.

Pat. stammt von leprafreien Eltern ab. Ihre Kinder, Enkel und Enkelinen sind gesund. Als Erkrankungsursache gibt Pat. den Schreck während ihres Hausbrandes i. J. 1891 an. Im J. 1892 wurde Pat. in Nennal an Lepra behandelt, und verrichtet jetzt in dem Pälli-Gesinde die Dienste einer Wirthin; sie ist also nicht im Geringsten von anderen Gesindebewohnern isolirt. Pat. behauptet mit Leprösen in keinerlei Beziehung gestanden zu haben.

Status praes.:

Pat. von mittlerem Wuchs, starkem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur und mittlerem Ernährungszustand. Das Gesicht ist gedunsen und anaesthetisch. Die Augenbrauen fehlen. Die Augenbrauenbogen



sind verdickt. An den Extremitäten, welche alle anaesthetisch sind, sitzen einige flache, mit Borken bedeckte Geschwüre.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Leen Siim (Nr. 80), eine Schwester der Pat., ist i. J. 1883 an Lepra tuberosa erkrankt und in Nennal i. J. 1893 gestorben.

2. Ich habe in Erfahrung bringen können, dass Pat. vor und nach ihrer Erkrankung mit ihrer leprösen Schwester während der recht häufigen Besuche in dem Agama-Gesinde zusammen in einem Bett geschlafen hat.

3. Der Ehemann der Leen Siim, Mihkel Siim (Nr. 81), und die Tochter Juula (Nr. 79) leiden ebenfalls an Lepra tuber., und befinden sich gegenwätig in Nennal.

4. Dessen ungeachtet will Pat. mit Leprösen in keinerlei Beziehungen gestanden haben!

Fall XXII, Nr. 76.

Leen Saks, geb. i. J. 1836. Lepra maculo-anaesthetica. Kielkond, Attel, Pärdi.

Pat., gebürtig aus dem Haustla-Dorf, wurde i. J. 1864 nach Attel verheiratet. Von den 6 Kindern der Pat. leben nur noch 3. Eine Tochter ist vom Pferde gestürzt und in Folge dessen gestorben. Eine andere Liisu Saks (Nr. 77), geb. etwa i. J. 1868, starb in demselben Gesinde i. J. 1889 an Lepra tuberosa. Ein Sohn der Pat. starb im Alter von 1 Jahr. Die noch lebenden Kinder der Pat. sind gesund. Eine Schwester der Pat., Liisu Wanaaus (Nr. 111), starb an Lepra tuberosa in dem Laasi-Gesinde des Haustla-Dorfes i. J. 1884. Mit beiden ebengenannten Leprösen hat Pat. intimen Umgang gehabt. Die gegenwärtige Krankheit der Pat. begann i. J. 1883 mit heftigen Schmerzen in den unteren Extremitäten. Bläscheneruptionen begleitet von Fieberanfällen hat Pat. wiederholt beobachtet.

Status praes.:

Pat. klein von Wuchs, von schwachem Knochenbau und schlechtem Ernährungszustand. Der Gesichtsausdruck ist leidend. Der rechte Mundwinkel reicht viel weiter nach hinten, als der linke. Das Gesicht und alle Extremitäten anaesthetisch. An der hinteren Seite des Rumpfes symmetrisch gelagerte Flecke mit dunklen Rändern und blasser Mitte, ohne Sensibilitäts-Herabsetzung. Die Hohlhandmuskeln und Daumenballen stark atrophisch; alle Finger flectirt. Glänzende Narben sind an den Extremitäten zahlreich vorhanden. An der rechten Fusssohle ein tiefes charakteristisches Geschwür.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Die Tochter der Pat. Liisu Saks (Nr. 77) hatte vor ihrer Erkrankung an Lepra tuberosa i. J. 1881 (nach Hellat) ihre lepröse Tante Liisu Wanaaus (Nr. 111) in dem Haustla-Dorf recht oft besucht.

2. Mit ihrer leprösen Tochter und Schwester ist Pat. (F. XXII) häufig in enge Berührung gekommen.



Fall XXIII, Nr. 99.

Miina Tilt, geb. i. J. 1820. Lepra anaesthetica. Kielkond, Kurewere, Ossi.

Pat. liegt unbeweglich auf ihrem erbärmlichen, von abgeschuppten Epidermisfetzen überdeckten Lager. Ihr gerunzeltes Gesicht ist leblos, die Augen geschlossen. Die Hände und Füsse liegen in uncoordinirter Stellung, wie man sie gelagert hat. Das Sensorium der Pat. scheint benommen zu sein; die wenigen Antworten, welche Pat. mir mit schwacher Stimme auf meine Fragen gab, waren incorrect. Die Pflegerin, die ich allein ausser der Pat. angetroffen habe, schien mit dem Krankheitsverlauf der Pat. nicht besonders vertraut zu sein und machte folgende Angaben:

Pat. sei etwa i. J. 1864 erkrankt. Während der langen Krankheitsdauer der Pat. sei ungefähr i. J. 1880 eine Genesungsperiode eingetreten, wo Pat. im Stande gewesen sei, leichtere Hausarbeiten zu verrichten. Dann habe sich jedoch der Allgemeinzustand der Pat. von neuem verschlimmert. Das Sehvermögen habe Pat. schon vor vielen Jahren eingebüsst. Seit einem Jahr ist Pat. bettlägerig und vermag sich, nach Aussage der Pflegerin, nicht nur nicht aufzurichten, sondern auch nicht einmal ihre Hände, Füsse, oder den Kopf freiwillig zu bewegen. Die Badestube hat Pat. seit einem halben Jahr nicht mehr besucht.

Status praes.:

Pat. klein von Wuchs, von gracilem Knochenbau. Die Musculatur ist bis auf's Aeusserste atrophirt und nur hie und da deutlich zu fühlen. Pann. adipos. ist nicht vorhanden. Die Athmung ist oberflächlich; die Herzaction schwach und unregelmässig. Die Schleimhäute sind blass. Alle Zähne sind ausgefallen. Die Augenbrauen und -Wimpern fehlen. Die Wangen sind schlaff, hängend; die Lippen kraftlos, auseinanderstehend. Beide Ellenbogen- und Kniegelenke in Contractionsstellung. Die Ellenbogenhaut borkig verdickt. Mutilationen an den Fingern und Zehen. An dem rechten Vorderarme sitzen einige charakteristische Geschwüre.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Pat. ist in dem Mardi-Peetre-Gesinde des Dorfes Kurewere geboren. Der Bruder der Pat., Mart Tamm, geb. i. J. 1832, wohnt in dem Nachbargesinde, und ist gesund, ebenso dessen Sohn Jüri mit seiner Frau und Kindern. Die Tochter des Mart Tamm, Marie Tamm (Nr. 87), geb. i. J. 1865, erkrankte an Lepra tuber. angeblich i. J. 1890, und befindet sich gegenwärtig in Nennal. Die Schwester der Pat., Liisu, ist in das Panga-Gesinde verheiratet und gesund. Die Stiefschwester der Pat., Tiina Wiherpuu (Nr. 115), welche nach dem Laosoo-Gesinde verheiratet war, starb i. J. 1886 an Lepra tuberosa, und der Sohn der Tiina, Laes Wiherpu (Nr. 114), ebenfalls an Lepra tuber. etwa i. J. 1874. Der Ehemann der Pat. ist i. J. 1889 gestorben; an welcher Krankheit, konnte ich nicht feststellen. Die Kinder Kaarel, geb. i. J. 1846 und Juula, geb. i. J. 1851, sind gesund, Liisu Tilt (Nr. 98), eine Tochter der Pat., erkrankte in demselben Ossi-Gesinde an Lepra tuber. i. J. 1876, und starb i. J. 1891.



2. Mit der leprösen Tochter Liisu (Nr. 98) wohnte Pat. in einem Zimmer zusammen. Mit ihrer Nichte, der leprösen Marie Tamm (Nr. 87), ist Pat. ebenfalls häufig in enge Berührung gekommen; höchstwahrscheinlich aber auch mit ihrer Stiefschwester Tiina Wiherpuu (Nr. 115) und deren Sohn Laes (Nr. 114), wornach ich an Ort und Stelle leider nicht zu fragen wusste.

Fall XXIV, 103.

Liisu Türnpuu, geb. i. J. 1840. Lepra maculo-anaesthetica. Kielkond, Kööru, Mardi.

Kaarel Türnpuu, der Vater der Pat., ist etwa i. J. 1824 aus dem zur Lümmada'schen Gemeinde gehörigen Dorf Kurewere in das Peksu oder Linnassoo-Gesinde ausgewandert, welches ebenfalls zur Lümmad Gemeinde gehört und eine Enclave in dem Mustel'schen Kirchspiel bildet. Der Bruder der Pat., geb. i. J. 1836, welcher jetzt noch in dem Peksu-Gesinde lebt, ist gesund; ebenso seine Frau und 7 Kinder. Von den beiden Schwestern der Pat. ist die eine, Mare Türnpuu (Nr. 104), geb. i. J. 1842, i. J. 1893 in dem Peksu-Gesinde an Lepra tuberosa gestorben, während die andere, Tiina Türnpuu (Nr. 105), Fall XXV, noch lebt.

Das Peksu-Gesinde hat Pat. (Nr. 103) bereits i. J. 1870 verlassen und hat 4 Jahre in dem Dorfe Kurewere (Tõuise-tadu-Gesinde) und 20 Jahre in ihrem jetzigen Wohnort als Magd gedient. Pat. leidet an der gegenwärtigen Krankheit, ihrer eigenen Aussage gemäss, seit 1884, nach Angabe ihrer Bekannten jedoch seit d. J. 1874 etwa. Von einer stattgefundenen Berührung mit Leprösen will Pat. von vornherein nichts wissen; da mir jedoch die übrigen hier in Betracht kommenden Leprafälle schon früher bekannt geworden waren, habe ich im Krankenexamen Folgendes constatiren können:

Pat. hat mit dem tuber.-leprösen Juhan Kopil (Nr. 27), welcher etwa i. J. 1874 starb, auf einem und demselben Heuschlage gearbeitet. Die i. J. 1893 verstorbene tuberös-lepröse Ann Peters (Nr. 63) hat Pat. gekannt. Ferner hat Pat. (ihre i. J. 1893 verstorbene) tuber.-lepröse Schwester Mare (Nr. 104) in dem Peksu-Gesinde öfters besucht und mit ihr zusammen in einem Bett geschlafen.

Status praes.:

Pat. von hohem Wuchs, starkem Knochenbau, schwach entwickelter Musculatur und Pann. adiposus. Der Gesichtsausdruck stupid. Die Stirn anaesthetisch. Die Mundschleimhaut mit weissem Belag versehen. An der medialen Seite der beiden stark atrophischen Mammae und an der hinterenRumpfseite bemerkt man mehrere symmetrische,nicht anaesthetische Flecke, mit rothbrauner Randzone und hellem Centrum. Die Oberarme wenig, die Vorderarme und Hände stark anaesthetisch. Die Handmuskeln atrophisch. Mutilationen an den Fingern und Zehen. An beiden Knien Geschwüre mit blutig-eiterigem Grunde und borkig-aufgeworfenen Rändern.



Epikrit. Bemerkungen:

1. Pat. hat mit ihrer tuber.-leprösen Schwester wiederholt in einem Bett zusammen geschlafen.

2. Ausserdem ist Pat. gelegentlich noch mit Juhan Kopil (Nr. 27) und Ann Peters (Nr. 63) in Berührung gekommen. Mit dem Ersteren arbeitete Pat. auf einem und demselben Heuschlag; die Letztere wohnte nicht weit von dem Wohnorte der Pat.

3. Pat. hat auch den tuber.-leprösen Kaarel Taalder (Nr. 83), welcher aus demselben Mardi-Gesinde i. J. 1866 auf die Insel Filsand zog, und dort i. J. 1879 starb, gekannt.

4. Pat. ist von den übrigen Gesindebewohnern nicht im mindesten isolirt, und dennoch konnte ich eine weitere Ansteckung durch F. XXIV nicht constatiren.

Fall XXV, Nr. 105.

Tiina Türnpuu, geb. i. J. 1849. Lepra maculo-anaesthetica. Karmel, Magnushof, Aerma.

Pat. ist eine Schwester der Liisu Türnpuu (Nr. 103) und der Mare T. (Nr. 104), und lebte früher in dem Peksu-Gesinde (Kirchspiel Mustel). Seit dem J. 1880 etwa dient Pat. in anderen Gegenden; gegenwärtig ist Pat. in Arensburg als Handlangerin beschäftigt. Mit Leprösen will Pat. nie Umgang gehabt haben; die Schwester Liisu, F. XXIV, ist nach ihrer Aussage gesund. Die Angaben in Betreff der Krankheitsdauer sind ungenau (etwa 6 Jahre); die Krankheit soll „plötzlich" mit heftigen Schmerzen begonnen haben.

Status praes.:

Pat. von mittlerem Wuchs, starkem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur und Pannic. adiposus. Das Gesicht blauroth gefleckt, gedunsen. Die Flecke confluiren und lassen nur hier und da kleine Partien normal pigmentirter Haut frei. Die Nasenlöcher sind mit Krusten verstopft. Am Rücken und an allen Extremitäten bemerkt man massenhafte charakteristische Flecke und Infiltrationen, welche allesammt anaesthetisch sind.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Pat. hat vor ihrer Erkrankung ihre an Lepra tuber. verstorbene Schwester Mare (Nr. 10) häufig besucht und wiederholt mit ihr zusammen in einem Bett geschlafen.

2. In der Umgegend des Wohnortes der Pat. ist mir kein Leprafall bekannt geworden, und wenn mir die Familienverhältnisse der Pat. nicht schon früher bekannt gewesen wären, hätte ich mich mit der Angabe, dass Pat. mit Leprösen nicht in Berührung gekommen sei, zufrieden geben müssen.

Fall XXVI, Nr. 18.

Juhan Jank, geb. i. J. 1842. Lepra maculo-anaesthetica. Kergel, Paiküll, Suurepere.

Die Eltern des Pat. sind gestorben; seine zwei Brüder und eine Schwester leben noch und sind gesund. Pat. hat seit d. J. 1862 in sehr verschiedenen



Gegenden gedient und leidet an der gegenwärtigen Krankheit etwa seit d. J. 1864. Vor seiner Erkrankung hatte Pat. an der Riga-Dünaburger Eisenbahn gearbeitet. Die jetzige Beschäftigung des Pat. ist ausschliesslich Ackerbau. Pat. ist unverheiratet. Die Krankheit des Pat. wird für nicht ansteckend gehalten, und für seine Isolirung ist nichts gethan worden. Die Krankheit begann mit Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Frösteln und Ameisenkriechen. Diese Symptome sowohl, als auch Bläscheneruptionen haben sich während der langen Krankheitsdauer unzählige Mal wiederholt. Pat. klagt gegenwärtig über allzugrosse Kälteempfindlichkeit der Extremitäten.

Status praes.:

Pat. von hohem Wuchs, starkem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur und schlechtem Ernährungszustand. Der Gesichtsausdruck ist stupid. Hochgradiges Ectropium beider Augenlider. Die Nares mit blutigen Krusten verstopft. Die Brust stark geröthet. Von der Achselhöhle beginnend und bis zur Hüfte herunterziehend rechts eine Partie weisser, pigmentfreier Haut mit landkartenartiger Umrandung. Nates geschwürig. Alle Extremitäten in ihrer ganzen Ausdehnung anaesthetisch. Die Hohlhandmuskeln und Daumenballen atrophisch. Beträchtliche Mutilationen. Am linken Grosszehenballen ein stinkendes Geschwür mit rothgelbem, speckigem Grunde und mit durch lamellenartige Epidermismassen verdickten Rändern.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Irgend eine unzweifelhafte Infectionsquelle konnte ich nicht ermitteln. Immerhin wäre zu bedenken, ob Pat. nicht in Riga mit Leprösen in Berührung gekommen ist, wo er sich als Eisenbahnarbeiter aufgehalten hat.

2. Pat. leidet schon seit 30 Jahren an Lepra und hat während dieser Zeit innig mit anderen Gesindebewohnern verkehrt und tagtäglich mit denselben Berührung gehabt; eine weitere Infection ist jedoch bis jetzt nicht erfolgt.

Fall XXVII, Nr. 88.

Mihkel Tammel, geb. i. J. 1834. Lepra maculo-anaesthetica. Kergel, Sömera, Tillu.

Die Eltern des Pat. sind in dem Sömera-Dorf vor längerer Zeit gestorben. Die Frau des Pat., sein Sohn und angeblich auch seine Tochter sind gesund. Pat. hat in Karmis, Wolde, Padel und in der Umgegend von Arensburg gedient; nicht in der Schworbe und in Kielkond. Pat. erkrankte etwa i. J. 1879 in Padel mit Schüttelfrostanfällen. In der Familie des Pat. sind bis auf den Pat. angeblich keine Leprafälle vorgekommen und auch sonst will Pat. zu Leprösen keinerlei Beziehungen gehabt haben.

Status praes.:

Pat. von hohem Wuchs starkem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur und Pann. adiposus. Anaesthesie des Gesichtes und der Extremitäten. Am Rumpfe sieht man viele weisse Flecke, an welchen



die Sensibilität vermindert ist. Die Nasenlöcher sind verstopft. Die Wangen hängend. Ectropium der Augenlider und Lagophthalmus. Die Augenbrauen sind zum Theil ausgefallen. Die Hohlhandmuskeln und Daumenballen weisen eine hochgradige Atrophie auf. Beträchtliche Mutilationen an den Fingern und Zehen. Zahlreiche Narben und geschwürig-borkige Verdickungen an den Extremitäten

Epikrit. Bemerkungen:

1. Pat., F. XXVII, heisst in der Umgegend „der faule Tammel", und dieses seines Beinamens wegen habe ich ihn aufgesucht; ist ja doch die Faulheit, oder richtiger gesagt, die Mattigkeit eines der Cardinalsymptome der Lepra.

2. Eine Weiterverbreitung der Lepra durch den F. XXVII ist trotz des intimen Verkehrs des Pat. mit Anderen nicht erfolgt.

Fall XXVIII, Nr. 28.

Ann Köster, geb. i. J. 1846. Lepra maculo-anaesthetica. Mustel, Sillaküla, Saatu.

Pat. gehört zu der einzigen, von mir in dem Kirchspiel Mustel ermittelten Leprösenfamilie. Der Vater der Pat. starb i. J. 1864, die Mutter, Ingel Kerkel (Nr. 23), i. J. 1892 in dem Arensburger Hospital. Der Vater sowohl, als auch die Mutter und die Geschwister der Pat. lebten früher in dem Wanakubja-Dorf, Gesinde Maunuse. Ein Bruder der Pat., Predik Kerkel (Nr. 24), starb i. J. 1884 an Lepra tuberosa; und eine Schwester Reet (Leom) (Nr. 25) i. J. 1891. Zwei andere Schwestern der Pat. sind verheiratet und sammt ihren Kindern gesund. Pat. (F. XXVIII) wurde i. J. 1881 in das Saatu-Gesinde verheiratet und erkrankte i. J. 1889.

Status praes.:

Pat. von mittlerem Wuchs, starkem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur und geringem Pannic. adiposus. Das Gesicht ist gedunsen, blau-roth verfärbt, nicht anaesthetisch. Die Augenbrauen sind spärlich vorhanden. Nares mit blutigen Krusten verstopft. Die Stimme heiser. An dem linken Oberarm sitzen einige flache, eiterbedeckte, anaesthetische Excoriationen, an dem Vorderarm einige violett pigmentirte, infiltrirte Plaques. Die Extremitäten sind anaesthetisch. An dem linken Unterschenkel bemerkt man mehrere mit Borken bedeckte Geschwüre; an derselben Seite ein malum perfor. pedis.

Epikrit. Bemerkungen:

1. Predik Kerkel (Nr. 24), ein Bruder der Pat. (F. XXVIII), soll sich die Lepra auf dem Festlande zugezogen haben.

2. Die Mutter der Leprösen Nr. 24, 25 und der Ann Köster ist angeblich viel später an Lepra erkrankt, als die Kinder Predik und Reet. Damit stimmt auch der Umstand überein, dass die Krankheit der Mutter (Nr. 23) noch i. J. 1892 so wenig vorgeschritten war, dass im Hospital damals die Diagnose „(Lepra) Erythema" gestellt worden ist. Ingel Kerkel (Nr. 23) ist i. J. 1815 geboren.



3. Pat. (F. XXVIII) ist vor ihrer Erkrankung mit ihren tuberos-leprösen Geschwistern Predik (Nr. 24) und Reet (Nr. 25) unzählige Mal in enge Berührung gekommen.

Cap. V. **Aetiologische Zusammenhänge.**

Wer sich die Mühe nimmt, das im vorhergehenden Abschnitt von mir zusammengetragene Material, und namentlich die epikritischen Bemerkungen zu den einzelnen Krankengeschichten durchzulesen, dem wird die Thatsache nicht entgehen, dass es mir nur in sehr seltenen Fällen nicht gelungen ist, nachzuweisen, dass meine Kranken, bevor die Lepra bei ihnen zum Ausbruch kam, in einem mehr oder weniger nahen Connex mit schon Aussätzigen gestanden haben. Diese sich immer wiederholende Thatsache hat auf mich, während ich meine Untersuchungen ausführte, einen so lebhaften Eindruck gemacht, dass ich schliesslich an der Contagion der Lepra nicht mehr zweifeln konnte. Ich will im vorliegenden Abschnitte versuchen diesen subjectiven Eindruck, den ich davongetragen habe, nun auch durch eine Zusammenstellung der Thatsachen zu begründen und wissenschaftlich zu motiviren.

Vorher aber möchte ich darauf aufmerksam machen, dass es, wie aus meinen Krankengeschichten ersichtlich, sehr grosse Schwierigkeiten hat, genaue und zuverlässige anamnestische Daten von den Leprösen zu erlangen, denn die Krankheit dauert lange, und die Erinnerung an den Beginn derselben verwischt sich bei den ungebildeten Leuten gar leicht. Und kommt nun noch, wie dies nur zu oft der Fall ist, das Bestreben der Patienten hinzu, ihre Krankheit zu verbergen oder zu beschönigen, so wird die Sache erst recht schwierig. Wie oft ist mir nicht von den Kranken versichert worden, dass sie in ihrem Leben einen Aussätzigen nie gesehen, geschweige denn mit ihm verkehrt hätten, und dennoch ist es mir fast stets gelungen, durch Umfragen und anderweitige Erkundigungen die Unrichtigkeit solcher Behauptungen zu erweisen. Meine Krankengeschichten bieten zahlreiche Beispiele dafür, dass die Leprösen die gleiche Erkrankung ihrer Geschwister und ihrer nächsten Blutsverwandten und solcher Leute, mit welchen sie tagtäglich verkehrten oder zusammenwohnten, zu verheimlichen suchten. Unter solchen Umständen ist es nicht zu verwundern, wenn vielen Forschern, welche die Aetiologie der Lepra besprochen haben, solche wichtige anamnestische Thatsachen entgangen sind. Die anamnestische Aufklärung der Krankengeschichten von Leprösen verlangt eben einen Aufwand von Zeit und Mühe, dessen der Einzelfall kaum werth ist; erst grössere Mengen solcher Fälle mit ausführlichen Anamnesen geben ein lohnendes Resultat.

Ich liess es mir angelegen sein, meine Untersuchungen und Erkundigungen auf einen längeren Zeitabschnitt auszudehnen. Wie wichtig es für mich war, auch ältere, schon verstorbene lepröse Individuen ausfindig zu machen, ist einleuchtend. Das Haupthinderniss, auch verstorbene



Lepröse in Erfahrung zu bringen, besteht darin, dass die Leute es gewissermassen für ein moralisches Vergehen halten, über Verstorbene noch ihr Urtheil, dass dieselben leprös waren, abzugeben. Die Wege, auf denen ich dennoch eine beträchtliche Anzahl verstorbener lepröser Individuen entdeckte. habe ich bereits angegeben.

Bevor ich zur Besprechung meines thatsächlichen Materials schreite, bitte ich einen Blick auf die Karte (Taf. VI) zu werfen, welche von der örtlichen Verbreitung der Lepra auf Oesel eine Vorstellung gibt. Ich habe die von mir eruirten Fälle von Lepra in die Karte eingetragen, und zwar nach dem Wohnort, welchen sie zuletzt eingenommen haben, oder wo sie gestorben sind. Ein jeder schwarze Punkt bedeutet einen Leprafall, und die einzelnen Gruppen der Punkte besagen, dass die so zusammengefassten Fälle einem und demselben Dorfe angehören. Unter den 156 in meinen Tabellen angeführten Fällen befinden sich 39 ältere Fälle, die ich nur aus dem Hospitalsjournal kenne, und deren letzter Wohnort dort nicht genau angegeben ist. Diese 39 Fälle sind nicht in die Karte eingetragen, welche somit nur 117 Punkte enthält.

Man ersieht aus der Karte, dass die Lepra keineswegs diffus über die ganze Insel verbreitet ist. Ich habe schon gesagt, dass die Osthälfte der Insel Oesel sich als fast ganz leprafrei erwiesen hat, und auch in der von mir bereisten Westhälfte der Insel ist die Mehrzahl der Leprafälle auf den südlichen Theil, nämlich die Halbinsel Schworbe und das angrenzende Stück festen Landes zusammengehäuft. Ein zweiter Bezirk, wo die Lepra häufiger vorkommt, befindet sich an der Westküste der Insel im Kielkond'schen Kirchspiel. Die übrigen Districte weisen nur mehr vereinzelte Fälle auf. Ferner lässt sich constatiren, dass bei weitem nicht alle Dörfer Lepröse beherbergen. In meinem Untersuchungsbezirk gibt es über hundert Dörfer, die ich sämmtlich besucht habe. Unter diesen Dörfern finden sich aber nur etwa 35, welche überhaupt Lepröse beherbergen oder beherbergt haben; die übrigen sind in den letzten Jahrzehnten leprafrei gewesen. Die Localisirung der Krankheit in einzelnen Herden geht aber noch weiter, denn in den einzelnen Dörfern ist es die Regel, dass wiederum nur einzelne Gesinde oder Bauernhöfe Aussätzige unter ihren Bewohnern haben, und dass mehrere Lepröse auf ein und dasselbe Gesinde fallen.

Wir können also die geographische Verbreitung der Lepra auf Oesel folgendermassen charakterisiren: Die zwei Hauptherde im Kirchspiel Kielkond und auf der Halbinsel Schworbe setzen sich jeder aus kleinen Nestern zusammen, die sich in einzelnen Dörfern localisiren. Dass auch sporadische Fälle vorkommen, stösst diese Regel nicht um. Diese Nester wiederum sind in einzelnen Bauergesinden localisirt.

Es liegt auf der Hand, dass diese nesterweise Localisirung der Lepra sich mit der Annahme allgemeiner tellurischen Ursachen nicht gut vereinigen lässt.

Wer sich die Mühe nimmt, die Anamnesen meiner



Krankengeschichten durchzusehen, findet überall Umgang und mehr weniger enge Berührung mit Leprösen angegeben. Ich habe aber die Thatsache, dass die Aussätzigen vor ihrer Erkrankung so häufig mit anderen Leprösen im Verkehr gestanden haben, nicht allein für die noch lebenden Fälle festgestellt, sondern auch eine grosse Menge analoger, wohl verbürgter Notizen über schon verstorbene Lepröse gesammelt, und will nun versuchen, mein ganzes Material, soweit es sich auf den Verkehr der Leprösen unter einander bezieht, chronologisch zusammen zu ordnen und zu sichten; vielleicht ergeben sich dann Gesichtspunkte, welche einen Einblick in die Aetiologie der Lepra gewähren.

Unter der freilich noch nicht von mir bewiesenen Voraussetzung, dass die Lepra vom Kranken auf den Gesunden durch Umgang, oder Berührung übertragen werden kann, lassen sich aus meinem Material ganze Stammbäume von Mutter-, Tochter- und Enkelfällen zusammenstellen, und sehr viele Infectionen in Beziehung zu einander bringen. So habe ich z. B. für die im Anseküll'schen Kirchspiel vorgekommenen Fälle von Lepra einen solchen Stammbaum aufgezeichnet und hier abdrucken lassen. (Cf. Tab. III). Ich möchte denselben jedoch nicht so aufgefasst wissen, als wenn ich durch denselben schon an dieser Stelle die Contagiosität der Lepra für erwiesen hielte, sondern bitte denselben nur zur Orientirung für die nun folgende objective Darstellung der Thatsachen zu benutzen.

Ich machte mich überall, wo ich auf ein lepröses Individuum stiess, mit den Familienverhältnissen und gesellschaftlichen Beziehungen desselben möglichst genau bekannt. Schienen mir nun einige unter den Verwandten oder Bekannten solcher notorisch Lepröser verdächtig, so unterliess ich es nicht, mehrmals Erkundigungen einzuziehen. Auf diese Weise klärten sich die meisten älteren Leprafälle als solche auf. Zweitens bestand der Gewinn einer solchen gründlichen Untersuchung darin, dass ich bei vielen Fällen älteren und jüngeren Datums im Stande war mit grösserer oder geringerer Sicherheit die Möglichkeit eines Zusammentreffens mit mir schon bekannten Leprösen anzunehmen und meine Fragen danach einzurichten. Je länger das Studium so fortgesetzt wurde, um so leichter wurde dasselbe, da ich am Ende, über die persönlichen Beziehungen schon orientirt, die Leute befragen konnte, ob sie (die Leprösen) mit diesem oder jenem namhaft gemachten Leprösen verkehrt, zusammen geschlafen, gewohnt, gearbeitet hatten.

Ich beginne zunächst mit den Thatsachen, die ich in dem Kirchspiel Anseküll in Erfahrung gebracht habe:

Kirchspiel Anseküll. cfr. Tab. III.

Als Ausgangspunkt für die im Anseküll'schen Kirchspiel vorgekommenen Leprafälle wurde mir die an Lepra tuber. verstorbene Bäuerin

[1]) Die den Namen beigefügten Nummern beziehen sich auf meine Generaltabelle.

Tab. III.

Uebersicht der Erkrankungen in Kirchspiel Ansekül.

I.	Tiiu Oun (East) tub. † 1864.
II.	Toomas Oun tub. † 1869. Ann Oun tub. † 1869. Tiina Pruul tub. † 1867. Tidrek Oun tub. † 1868. Hindrek Oun tub. 1880.
III.	Mart Hints tub. † 1874. Peter Arge an. Liisu Kuldsaar tub. † 1876. Kaarel Pruul tub. † 1871. Ann Kann tub. † 1884. Tiiu Kuldsaar tub. † 1876. Ann Kuldsaar tub. 1878. Sander Oun an.
IV.	Ann Hints tub. † 1879. Jüri Kuldsaar tub. † 1890. Reet Kann tub. Triin Meister tub. † 1890. Triin Ait tub.
V.	Leen Kühwel tub. † ? Willem Tuulik tub. Ann Tuulik tub. Reet Meister tub. † 1892. Peter Teiwas tub. † 1891. Wiin Aaw an. Mari Aaw tub. Eew Jäägertub. Ann Treu an.
VI.	Hindrek Kühwel tub. Reet Leppik tub. † 1882. Aadu Teiwas tub. † 1894. Laas Kaert an.
VII.	Willem Kühwel an. Triin Leppik an. Triin Leppik tub. † 1894. Reet Treu tub.
VIII.	Justel Leppik tub.

Tiiu (East) Oun (Nr. 59) [1]) angegeben, welche etwa i. J. 1854 aus East (unweit der Anseküllschen Kirche) in das Gesinde Tatraselja verheiratet wurde. In Tatraselja und Umgegend sollen früher keine Leprafälle vorgekommen sein, daher lag die Annahme nahe, dass die Krankheit durch die Tiiu Oun hierher mitgebracht worden ist. Diese Annahme wurde auch vollauf bestätigt, als mir in Tatraselja auf meine Frage, nach der Zeit des Ausbruches der Krankheit der Tiiu, die Antwort gegeben wurde: „Tiiu erkrankte an ihrem Hochzeitstage,“ d. h. mit anderen Worten: am Hochzeitstage (im J. 1854) ist ihre Krankheit, welche schon vorher bestanden haben muss, von Anderen entdeckt worden. Tiiu Oun starb in Tatraselja etwa i. J. 1864.

Dass ihr Ehemann Tidrek Oun (Nr. 58) mit ihr in intimem Verkehr gestanden hat, bedarf keines weiteren Beweises; derselbe starb an Lepra tuber. i. J. 1868.

Ebenso plausibel ist eine Berührung zwischen den eben genannten tuberös-leprösen Eltern und ihren Kindern Ann Oun (Nr. 55), Toomas Oun (Nr. 60) und Hindrek Oun (Nr. 56). Ann und Toomas Oun starben an Lepra tuber. etwa i. J. 1869; Hindrek ebenfalls an L. tuber. i. J. 1880.

Ein weitläufiger Verwandter der eben aufgezählten Leprösen, welcher noch jetzt in dem gen. Tatraselja Gesinde lebt, Sander Oun (Nr. 57), Fall XII, anaesthetisch-leprös, verkehrte ungenirt mit allen obengenannten Leprösen und erkrankte i. J. 1872. Die Krankheit des Sander Oun wird als Folge einer gründlichen Erkältung angesehen, und Pat. wird daher nicht im Geringsten isolirt. Weitere Lepröse gibt es gegenwärtig in diesem Gesinde nicht.

Kurz nach der Verheiratung der Tiiu (Nr. 59) nach Tatraselja, diente bei ihr als Magd Tiina Pruul (Nr. 67) aus Tirimetz (Gut) 4 Jahre lang, bis z. J. 1859. Letztere erkrankte später an Lepra tuberosa. Der Zeitpunkt ihrer Erkrankung liess sich nicht mehr genau feststellen. In dem Tohwre-Gesinde wurde mir angegeben, dass ihre Krankheit erst hier etwa i. J. 1865 entdeckt wurde.

Da die Tiina Pruul schon 1867 an Lepra tuberosa gestorben ist, die Krankheit also wohl schon viele Jahre vorher bestanden hat, erscheint es sehr wahrscheinlich, dass Tiina Pruul schon in Tatraselja erkrankte.

Dieses ist die erste Gruppe von Leprösen in Ansekülll, welche vor und nach ihrer Erkrankung in naher Beziehung unter einander gestanden haben.

Im Nachstehenden will ich alle mir bekannten Leprafälle aufzählen, welche mit der tuberös-leprösen Tiina Pruul (Nr. 67) Berührung gehabt haben.

Etwa i. J. 1859 verliess Tiina Pruul mit Aussatz behaftet das Tatraselja-Gesinde und zog auf's Gut Tirimetz als Viehmagd zurück. Damals dienten auf dem Gute Tirimetz als sogen. Sommerlinge, d. h. Feldarbeiter, welche für die Sommerzeit gemiethet sind: 1. Mart Hints (Nr. 11), 2. Ann Kann (geb. Tamm) (Nr. 18) aus dem Länga-Gesinde,



als Köchin, 3. Tiiu Kuldsaar (Nr. 36). 4. Liisu Kuldsaar (Nr. 35), 5. Ann Kuldsaar (Nr. 32), 6. Jüri Kuldsaar (Nr. 34) aus dem Uustlu-Gesinde und 7. Kaarel Pruul (Nr. 66) als Aufseher.

Alle diese Personen wohnten und schliefen in einem und demselben Hause mit der Tiina Pruul, welche damals leprös war, speisten an einem Tisch, besuchten eine und dieselbe Badestube. Vielfache enge Berührungen derselben mit der Tiina Pruul sind somit sicher anzunehmen. Ann Kann (Nr 18) und Tiina Pruul schliefen zusammen in einem Bett.

Aus Tirimetz zog Tiina Pruul i. J. 1861 in das Uustlu-Gesinde, und diente daselbst ein Jahr. Die Möglichkeit einer Berührung war für Liisu, Tiiu, Ann und Jüri Kuldsaar wieder vielfach geboten, da dieselben im Herbst vom Gute Tirimetz gleichfalls in das Uustlu-Gesinde zurückgekehrt waren.

Vom J. 1862—1866 diente Tiina Pruul in dem Tohwre-Gesinde. Somit ist die Berührung des noch jetzt in Tohwre lebenden anaesthet. leprösen Peter Arge (Nr. 7), Fall XI, welcher, wie sub Fall XI gezeigt wurde, vielleicht seit dem Jahre 1869 an Lepra leidet, mit der tuberosa-leprösen Tiina Pruul nachgewiesen. In dem Tohwre-Gesinde wurde Letztere dadurch verdächtig, dass sie die Badestube niemals mit anderen Mägden zusammen besuchte, wie es sonst hier üblich ist, sondern immer allein. „Ihre Krankheit wurde entdeckt, und sie wurde wegen wunder, geschwollener Füsse aus Tohwre verjagt i. J. 1866.“ Sie zog wiederum auf's Gut Tirimetz und starb dort in einer nahe beim Gut gelegenen Hütte, dem sogen. Armenhause etwa i. J. 1867.

Ausser dem Peter Arge (Nr. 7), welcher an Lepra anaesthetica leidet, sind alle in diesem Abschnitte erwähnten Individuen an Lepra tuberosa gestorben: Kaarel Pruul (Nr. 66) etwa i. J. 1871 in Tirimetz; Ann Kann (Nr. 18) in dem Länga-Gesinde i. J. 1884; Tiiu (Nr. 36) und Liisu Kuldsaar (Nr. 35) etwa i. J. 1876, Ann Kuldsaar (Nr. 32) i. J. 1878 in dem Uustlu-Gesinde. Jüri Kuldsaar (Nr. 34), der Onkel der 3 letztgenannten Leprösen, starb an Lepra tuberosa i. J. 1890. Letzterer ist ohne Zweifel mit seinen Nichten im Nachbargesinde Uustlu, wo er anfangs wohnte, in Berührung gekommen, und es erfolgte sein Tod 12 Jahre nach der letztmöglichen Berührung mit der Ann Kuldsaar (Nr. 32). Jüri Kuldsaar erkrankte (nach Hellat) i. J. 1883.

Weiterhin will ich bei der Beschreibung der einzelnen Fälle eine gewisse natürliche Reihenfolge einhalten.

Nehmen wir den schon erwähnten Fall Mart Hints (Nr. 11), welcher um das Jahr 1859 auf dem Gut Tirimetz mit der leprösen Tiina Pruut (Nr. 67) längere Zeit hindurch in einem Hause gewohnt hatte. Derselbe erkrankte an Lepra tuberosa und starb i. J. 1874 in dem Kipaku-Gesinde des Salme Dorfes. Seine Frau Ann Hints (Nr. 10), einer nicht-leprösen Familie entstammend, erkrankte an Lepra tuberosa einige Jahre nach seiner Erkrankung. Nehmen wir als ungefähre Krankheitsdauer des Mart Hints 10 Jahre an, so sehen wir, dass seine Frau von 1864 bis 1874 mit diesem Leprösen zusammengelebt hat. Nach dem Tode



ihres Ehemannes verliess Ann Hints das Kipaku-Gesinde und ernährte sich, wie sub Fall II näher auseinandergesetzt wurde, als Pfortenöffnerin im Salme-Dorf und beim Lauka-Krug, oder sie hielt sich bei ihrem Bruder Justel in dem Massi-Gesinde auf, als dessen Kinderwärterin. Sie starb i. J. 1879, somit 5 Jahre nach dem Tode ihres tuberös-leprösen Mannes.

Eine Anverwandte der Ann Hints, Leen Kühwel (Nr. 30), welche in dem Massi-Gesinde mit ihr zusammen lebte, befand sich i. J. 1878 im Hospital zu Arensburg, weil sie an Lepra tuberosa litt. Wann dieses Individuum erkrankt und gestorben ist, weiss ich nicht genau anzugeben, soviel steht jedoch fest, dass ihre Erkrankung erst ausbrach, nachdem sie mit der Ann Hints (Nr. 10) längere Zeit zusammen in einem Zimmer gewohnt und in einem Bett geschlafen hatte.

Die nächste Erkrankung in demselben Massi-Gesinde fiel auf einen Neffen der Ann Hints (Nr. 10), Hindrek Kühwel (Nr. 29). Pat., geb. i. J. 1872, leidet seit d. J. 1883 an Lepra tuberosa. Ann Hints war seine Wärterin. Bei Hellat Nr. 8 findet sich die Bemerkung: „Hindrek Kühwel wohnte vor mehreren Jahren mit e. Leprösen zusammen," was sich entweder auf die Ann Hints (Nr. 10), oder auf die Leen Kühwel bezieht. Zur Zeit der Hellat'schen Untersuchungsreise (1887) scheint demnach die Leen Kühwel nicht mehr am Leben gewesen zu sein. Hindrek Kühwel hat sowohl mit seiner Tante (Ann Hints), als auch mit der Leen Kühwel in einem Gesinde gewohnt, und mit diesen beiden Tuberösleprösen jahrelang Berührung gehabt. Hindrek Kühwel befindet sich gegenwärtig in Nennal.

Sein Bruder Willem Kühwel (Nr. 31), geb. i. J. 1879, leidet seit 1889 an Lepra anaesthetica. Derselbe hat mit Hindrek (Nr. 29) oftmals in einem Bett geschlafen und auch sonst tagtäglich Berührung gehabt. Er wohnt ebenfalls in dem Massi-Gesinde (cf. F. II).

Die schon erwähnte Ann Kann (Nr. 18) diente, wie wir sahen, als Köchin auf dem Gute Tirimetz im J. 1859. Sie schlief daselbst mit der leprösen Tiina Pruul zusammen in einem Bett, und ist mit derselben auch später noch in Berührung gekommen, nämlich als Tiina Pruul in dem Tohwre-Gesinde diente. Ann Kann erkrankte an Lepra tuberosa und starb in dem Länga-Gesinde i. J. 1884.

Reet Kann geb. Tuulik (Nr. 19) wurde i. J. 1882 an den Schwager der Ann Kann nach dem Länga-Gesinde verheiratet, und nachdem sie hier mit der tuberös-lepr. Ann Kann 2 Jahre lang zusammen gewohnt hatte, erkrankte sie i. J. 1885. Noch mit einer anderen Leprösen, der Ann Hints (Nr. 10), ist Reet Kann vor ihrer Erkrankung, wie mir angegeben wurde, vielfach zusammengekommen.

Ihr Bruder Willem Tuulik (Nr. 109), geb. i. J. 1864, sowie ihre Schwester Ann Tuulik (Nr. 106), welche sie angeblich sehr lieb hatten, besuchten sie während ihrer Krankheit häufig in dem Länga-Gesinde. Beide erkrankten an Lepra tuberosa. Ann Tuulik befindet sich gegenwärtig in Nennal, Willem Tuulik in dem Ööri-Gesinde. Es folgen



nun vereinzelte Fälle aus dem Anseküll'schen Kirchspiel, welche nicht in grössere Gruppen zusammengefasst werden können.

Tiina Tänaw (Nr. 89), welche (nach Hellat) i. J. 1867 mit einem Leprösen zusammen gewohnt hat, erkrankte i. J. 1879 an Lepra tuber., und starb i. J. 1889.

Triin Ait (Nr. 6), F. X, erkrankte an Lepra tuber. etwa i. J. 1884. Pat. hatte bis z. J. 1878 die tuber.-lepröse Ann Kuldsaar (Nr. 32) während deren Krankheit oft besucht und gepflegt.

Jaak Kuldsaar (Nr. 33) hat mit seinen Cousinen, den schon vielfach erwähnten Leprösen, Liisu, Tiiu, Ann Kuldsaar (Nr. 35, 36, 32), und mit seinem Onkel Jiiri Kuldsaar (Nr. 34) verkehrt. Jaak Kuldsaar, geb. i. J. 1867, starb an Lepra tub. i. J. 1892.

Liisu Törs (Nr. 100) starb i. J. 1884 an Lepra tuberosa. Sie könnte mit irgend einem Leprösen desselben Dorfes Umgang gehabt haben; z. B. mit der leprösen Fam. Kuldsaar.

In Bezug auf die Liisu Wapper (Nr. 113) kann ich nur darauf verweisen, was ich bei Hellat gefunden habe: „im Dorfe mehrere an Lepra gestorben."

Tiina Aak (Nr. 1) lebte in dem Tänawa-Gesinde und starb daselbst etwa i. J. 1864. Ihr Wohnort liegt nur einige hundert Schritte von dem Tohwre-Ges. entfernt, wo die tuber. lepröse Tiina Pruul (Nr. 67) um jene Zeit, wie wir wissen, als Magd diente. Umgang mit der Letzteren ist also möglich.

Auch Reet Leppik (Nr. 38) ist mit Leprösen zusammengekommen. Es wurde mir als Ursache ihrer Erkrankung der Umstand angegeben, dass sie während ihrer Confirmationszeit mit der schon genannten tuber.-leprösen Leen Kühwel zusammengeschlafen hätte. In Betreff ihrer tuberös-leprösen Stiefschwester Triin Leppik (Nr. 39) notirte Hellat: „ihre Stiefschwester (d. h. Reet Leppik) vor 4 Jahren (also i. J. 1883) an Lepra gestorben". Triin Leppik gibt an, i. J. 1890 erkrankt zu sein, leidet jedoch nach Hellat's Angabe schon seit d J. 1884.

Justel Leppik (Nr. 37) wohnte mit seiner tuber.-leprösen Tante Triin (Nr. 39) zusammen in einem Gesinde und erkrankte i. J. 1890 an L. tuber. (cf. F. III.)

Es wäre möglich, dass die andere Triin Leppik (Nr. 40), Fall IV, mit den eben aufgezählten tuber.-leprösen Verwandten Reet und Triin Leppik (Nr. 38, 39) zusammengekommen ist (cf. Fall IV!).

Für Jüri Ääl (Nr. 2), Fall V, welcher seit d. J. 1884 an L. anaesthet. leidet, muss Berührungsmöglichkeit mit den Leprösen des Salme-Üidipe- und Tehomardi-Dorfes zugegeben werden.

Tiiu Kaesweld (Nr. 17), Fall VIII, hat in sehr verschiedenen Gegenden als Magd gedient, kennt alle Leprösen der Umgegend, und wird mit einigen derselben wohl auch Umgang gehabt haben. Pat. leidet an L. anaesthetica seit d. J. 1874 etwa.

Ebenso ist Juhan Kaesweld (Nr. 16), F. VII, mit mehreren Le-

prösen der Umgegen gelegentlich in Berührung gekommen, z. B. mit den tub.-leprösen Tuulik's.

Reet Treu (Nr. 101) hat unter Anderem auch in dem Upstani-Gesinde und in Kuldi gewohnt. Berührungsmöglichkeiten mit Leprösen waren also vielfach geboten, so z. B. mit den tuber.-leprösen Leppik's in dem Upstani-Ges., und mit der Triin Ait (Nr. 6) im Kuldi-Ges. Reet Treu befindet sich gegenwärtig in Nennal.

Kaarel Tuulik (Nr. 108), Fall XIV, hat mit seinem Onkel Andres Tuulik (Nr. 107), welcher im J. 1878 an Lepra tuber. starb, in einem Hause gewohnt; und leidet an Lepra anaesthet. seit 1882.

Kusta Wanem (Nr. 119) erkrankte an L. tuber. i. J. 1881 und starb i. J. 1893 in Nennal. Derselbe ist mit dem Andres Tuulik (Nr. 107) häufig in Berührung gekommen.

Ann Oue (Nr. 50), Fall IX, hat, wie bei F. IX näher auseinandergesetzt wurde, mit der ihr verwandten Leprösen, Madli Oue (Nr. 51) vor ihrer Erkrankung verkehrt.

Triin Agar (Nr. 5) hat u. A. auch in Tirimetz gedient. Wo und wie sie sich Lepra zugezogen hat, vermag ich nicht anzugeben.

Im Anschluss hieran wollen wir nun noch die Fälle im Wintri-Dorf, welches auch dem Ansekül'schen Kirchspiel angehört, einer näheren Betrachtung unterziehen. Diese Fälle bilden eine Gruppe für sich.

Die schon vielfach erwähnte tuber.-lepröse Ann Kann (Nr. 18) ist aus dem Wintri-Dorf gebürtig. Triin Meister (Nr. 42), welche in fast allen Gesinden des Wintri-Dorfes gedient hat, wird gewiss auch die Ann Kann gekannt haben, und könnte mit ihr zusammengekommen sein. Triin Meister starb an L. tuber. i. J. 1890. Ihre Mutter Reet Meister (Nr. 41), mit welcher sie in dem Kaasiku-Ges. zusammenwohnte und zusammen schlief, erkrankte mehrere Jahre später, als sie an L. tuber. und starb i. J. 1892.

An Triin Meister schliessen sich folgende Fälle an.

In dem Noti-Ges., wo Triin Meister diente, lebten mit ihr zusammen:

Ann Truu (Nr. 102), welche seit d. J. 1891 an Lepra leidet; und Eew Jääger (Nr. 13), welche im Noti-Ges. bei ihrer Schwester 4 Jahre lang diente, etwa 6 Jahre nachher ins Hospital aufgenommen wurde und sich jetzt in Nennal befindet.

Triin Meister diente ferner in dem Wintri-Hinnu Gesinde, woselbst Wiiu Aaw (Nr. 4), Fall XV, und Mari Aaw (Nr. 3) etwa i. J. 1884, Erstere an Lepra anaesthet., Letztere an Lepra tuber. erkrankten. Mari Aaw war nach dem Tode ihres Mannes gezwungen, das Wintri-Gesinde zeitweilig zu verlassen, und so diente sie um d. J. 1882 herum als Magd in dem Noti-Gesinde zusammen mit der Triin Meister (Nr. 42). Vor längerer Zeit hat Triin Meister noch in dem Otsa-Gesinde gedient. Daselbst erkrankte Peter Teiwas (Nr. 95), welcher mit der Triin in intimen Beziehungen gestanden hatte, an Lepra tuber. und starb i. J. 1891. Der Vater des Peter Teiwas, Aadu Teiwas (Nr. 94), welcher i. J. 1894 an L.





tuber. starb, ist vor seiner Erkrankung mit dem Ersteren tagtäglich in enge Berührung gekommen.

Kirchspiel Jamma.

Das Wenige, was ich über die Leprafälle dieses Kirchspiels in Erfahrung bringen konnte, ist Folgendes:

Tiina Tiik (Nr. 97) diente als Magd in dem Gesinde Penumets, nicht weit von dem Wohnsitz der beiden leprösen Familien Noot (cf. Fall XVII!), erkrankte dort i. J. 1883, hielt sich einige Jahre in Ula, ihrem Geburtsorte auf, und starb an Lepra tuber. i. J. 1893 in Nennal. Ihre Schwester

Ann Tiik (Nr. 96), welche mit ihr einige Jahre lang in einem Bett geschlafen hatte, und auch sonst, da sie in einem Hause (in Ula) wohnten, mit ihr tagtäglich in Berührung gekommen war, erkrankte später als sie an Lepra tuberosa, und befindet sich gegenwärtig in Nennal. Vom J. 1885—1887 diente Ann Tiik als Magd in dem Gesinde des Laadla-Dorfes, woselbst einige Jahre später die

Triin Suurhans (Nr. 82), Fall XVI, an Lepra erkrankte. Die beiden erstgenannten Leprösen lebten eine geraume Zeit lang isolirt von den übrigen Bewohnern des Ula-Dorfes, im Bauergesinde Annuniidi.

Triin Tiik, eine Schwester der schon genannten Beiden, welche sich jetzt in der Annuniidi-Stelle aufhält, und ein Neffe Mart Toomus, welcher sich gegenwärtig in Pleskau im Gefängniss befindet, wurden mir als lepraverdächtig angegeben. Für Triin Suurhans könnte in ätiologischer Hinsicht vielleicht auch noch der aus dem Türjo-Dorfe stammende, in Nennal befindliche, tuber.-lepröse Mart Häng (Nr. 8) in Betracht kommen.

Eew Jääger (Nr. 13) aus dem Dorf Mäebe gebürtig, ist seit ihrem 19. Lebensjahr (1868) aus dem Vaterhause. Pat. diente im Pastorat Ansekülll; darauf 4 Jahre lang in dem Noti-Gesinde (Dorf Wintri), wo sie mit den dortigen Leprösen Ann Truu Nr. 101), Reet und Triin Meister (Nr. 41 u. 42) (cf. Kirchspiel Anseküll), wie auch mit den aus diesem Gesinde gebürtigen Mari und Wiin Aaw (Nr. 3 u. 4) häufig in Berührung kam.

Die Schwester, der Schwager und eine Nichte der tuber.-leprösen, in Nennal befindlichen Reet Saar (Nr. 75) sind vor längerer Zeit an Lepra gestorben. Mit denselben hat Pat. häufig verkehrt.

Ann Pakurt (Nr. 61), geb. i. J. 1867, erkrankte als 13jähriges Mädchen in Zerell, befand sich i. J. 1885 im Hospital zu Arensburg und starb im J. 1892 an Lepra. Dieselbe könnte als Kind wohl mit der Leprösen Tiina Tiik (Nr. 97) zusammengekommen sein, da sie nahe bei einander wohnten.

Mari Pobus (Nr. 64), Fall XVIII, erkrankte an Lepra anaesth. in dem Mäebe-Dorf und siedelte i. J. 1892 in das Lööpöllu-Dorf über. Vermuthungen über ihre Krankheitsursache sind sub F. XVIII bereits ausgesprochen worden.



Ann Oue (Nr. 50), Fall IX, hat, wie oben genauer auseinandergesetzt wurde, vor und nach ihrer Erkrankung an Lepra anaesthet. mit der tuber.-leprösen Fain. Oue (Nr. 51, 52, 53, 54) verkehrt.

Triin Kärmik (Nr. 22) und Ann Kärmik (Nr. 21) sind beide aus dem Wintri-Hindu (cfv. Kirchspiel Anseküle) Dorfe gebürtig, und es wäre ihre Erkrankungsursache wohl dort zu suchen. Später lebten sie in dem Löopöllu Dorf (in Uuemaa) und starben daselbst. Erstere (befand sich i. J. 1862 im Hospital) etwa i. J. 1867 (?), Letztere i. J. 1884.

Ausser der Leprösen Familie Oue und der Ann Oue (Nr. 50) hat es in dem Dorfe Rahudis noch folgende Lepröse gegeben:

Wiiu Puusepp (Nr. 69), starb an L. tub. i. J. 1879 in dem Ranna-Gesinde; Ann Rand (Nr. 70) starb an L. tuberosa in dem Rehe-Gesinde J. 1887. Die Tochter der Letzteren, Mari Rand (Nr. 71), leidet seit 1890 ebenfalls an Lepra tuber., und befindet sich in Nennal.

Anna Pöld (Nr. 65), geb. i. J. 1863, diente als Magd in Läbbara, Peedu, Zerell und Laose, wo sie an L. tub. erkrankte. Sie starb in Nennal i. J. 1893.

Dass alle genannten Leprösen des Rahudis-Dorfes untereinander verkehrt haben, ist mehr als wahrscheinlich.

Kirchspiel Kielkond. cfr. Tab. V.

Hier sind meine Angaben genauer, da viele der Leprafälle, um welche es sich hier handelt, noch am Leben sind.

Laes Wiherpuu (Nr. 114) hatte hie und da auswärts gedient, und sich die Lepra tuber. angeblich in Reval zugezogen. Er wohnte mit seiner Mutter Tiina zusammen in einem Hause in dem zum Gute Gottland gehörigen Laossoo-Gesinde und starb daselbst i. J. 1874.

Seine Mutter Tiina Wiherpuu (Nr. 115) erkrankte später als er an Lepra tuber. und starb i. J. 1886. Sie hat in ihren letzten Lebensjahren mit Tiina Kann (Nr. 20) zusammen gewohnt und auch diese erkrankte an L. tuberosa. Im J. 1881 zog die Tiina Kann, schon leprös, nach Eriksaare zu ihrem verheirateten Sohn, und schlief daselbst mehrere Jahre lang mit ihrer Enkelin Liis Teern (Nr. 91) in einem Bett. Tiina Kann starb i. J. 1887. Ihre Enkelin Liis Teern erkrankte i. J. 1885 an Lepra tuber., und starb i. J. 1893 in Nennal. Die Geschwister der Liis Teern, Miina Teern (Nr. 92) und Priidu Teern (Nr. 93), welche auch ausschliesslich in dem Eriksaare-Gesinde gewohnt haben, acquirirten gleichfalls die Lepra. Erstere erkrankte i. J. 1889 an L. mixta, Letzterer i. J. 1891 an Lepra anaesthetica; beide befinden sich gegenwärtig in Nennal. Als Krankheitsursache für Miina Teern wurde mir von ihrem Vater angegeben, dass sie längere Zeit hindurch die Kleider ihrer älteren, leprösen Schwester Liis getragen hätte.

In Bezug auf Peter Pannel (Nr. 62), welcher i. J. 1893 in Nennal an Lepra tuber. starb, kann ich als etwaiges ätiologisches Moment nur darauf hinweisen, dass die schon vor Pannel erkrankte Tiina Kann (Nr. 20)



Tab. IV.

Uebersicht der Erkrankungen im Kirchspiel Kielkond.

Gen.	Personen
I.	Laes Wiherpuu tub. † 1874.
II.	Tiina Wiherpuu tub. † 1886 · Leen Siim tub. † 1893 · Mihkel „Ott“ tub. † 1881. · Liisu Tilt tub † 1891.
III.	Tiina Kann tub. † 1887 · Miina Kaar mixt. · Mihkel Siim tub. · Juula Siim tub. · Marie Tamm tub. · Miina Tiilt an.
IV.	Peter Pannel tub. † 1893. · Liis Teern tub. † 1893. · Priidu Teern an. · Juhan Kopil tub. † 1874. · Liisu Wanaaus tub. † 1884.
V.	Mihkel Roost tub. · Miina Teern mixt. · Kaarel Taalder tub. † 1879. · Tiina Türnpuu an. · Liisu Saks tub. † 1889.
VI.	Ann Roost tub. † 1893. · Predik Taalder tub. † 1882. · Leen Saks an.

aus demselben Lannasmaa-Gesinde, wo Peter Pannel lebte, gebürtig war. Ein verwandtschaftliches Verhältniss zwischen ihnen besteht nicht. Peter Pannel ist mit einer ungewöhnlichen Consequenz isolirt worden, weil beide Theile, er selbst und seine Familie von der Ansteckungsfähigkeit seiner Krankheit überzeugt waren, und eine Verbreitung derselben zu vermeiden suchten. So bewohnte er in dem Gesinde Lannasmaa ein eigenes Zimmer und auf dem Hofe war für ihn ein besonderer Platz durch einen Holzzaun abgetrennt, wo allein er sich in frischer Luft aufhielt. Seine Wäsche durfte nicht mit blosser Hand berührt werden, sondern wurde vor dem Waschen mit Stöcken in den Kessel gehoben. Selbstverständlich besas er sein eigenes Kochgeschirr. Diese freiwillig durchgeführte Isolirung hat vielleicht ihre Früchte getragen, wenigstens sind, obgleich Peter Pannel jahrelang als leprös in Lannasmaa gelebt hat, daselbst bis jetzt keine weiteren Leprafälle vorgekommen. Seine Frau und seine 3 verheirateten Töchter sind gesund.

Mihkel Roost (Nr. 73), welcher angeblich seit d. J. 1889 an Lepra tuber. leidet und sich gegenwärtig in Nennal befindet, machte mir auf meine Frage, ob er nicht etwa mit Peter Pannel vor seiner Erkrankung zusammengekommen sei, folgende bejahende Angabe: Vor etwa 8 Jahren hielt sich Peter Pannel bei ihm in Söajöe einen Sommer über auf, und schlief hier längere Zeit mit ihm zusammen. Dass Peter Pannel schon damals an leprösen Fussgeschwüren litt, hat er auf seinem Sterbebett in Nennal dem Mihkel Roost selbst bekannt. Die Frau des Letztgenannten Ann Roost (Nr. 72), welche seit d. J. 1869 an Lepra anaesthet. litt, starb in Nennal i. J. 1893.

In dem Schulhause Gotland wohnte um d. J. 1880 ein Lepröser Namens „Ott" Mihkel (Nr. 43)[1]. Derselbe wurde durch den intensiven Geruch, welchen er verbreitete den Schulkindern allmälig unerträglich, und die Gemeinde sah sich veranlasst, ihm eine isolirte Hütte im Walde Sakke zu bauen, wo er i. J. 1881 starb. Dieser Lepröse könnte wohl mit dem oben erwähnten Laes Wiherpuu (Nr. 114) in Berührung gekommen sein, denn sie wohnten nahe bei einander.

Leen Siim (Nr. 80) soll dadurch erkrankt sein, dass sie auf Kissen schlief, die sie aus dem Nachlass des oben erwähnten tuberös-leprösen Laes Wiherpuu (Nr. 114) gekauft hatte. Letztere Angabe hat wenigstens den Werth, als sie zeigt, dass zwischen beiden Leprösen doch irgendwelche Beziehungen bestanden haben. Leen Siim erkrankte angeblich i. J. 1883, und starb in Nennal i. J. 1893. Ihr Ehemann Mihkel Siim (Nr. 81) erkrankte nach ihr i. J. 1888 und ihre Tochter Juula Siim (Nr. 79) i. J. 1890, beide an Lepra tuberosa; sie befinden sich gegenwärtig beide in Nennal.

Miina Kaar (Nr. 15), Fall XXI, gebürtig aus dem Dorf Ledfer

[1]) Vielleicht ist derselbe mit dem Mihkel Pusep, welcher an „Ulcera pedum" i. J. 1866, oder dem Mihkel Puu, welcher aus Gotland stammte und i. J. 1869 im Hospital behandelt wurde, identisch.

(Gesinde Palsu) und nach Pälli verheiratet, besuchte von hier aus ihre tuberös lepröse Schwester, die soeben erwähnte Leen Siim (Nr. 80) in dem Agamagesinde sehr häufig, und schlief wiederholt mit ihr zusammen in einem Bett. Sie erkrankte an Lepra mixta i. J. 1891.

Die Erkrankung der Liisu Tilt (Nr. 98) an Lepra tuber., i. J. 1876, liesse sich vielleicht mit der Lepra ihres Vetters, des obenerwähnten Laes Wiherpuu (Nr. 114) in Zusammenhang bringen. Liisu Tilt starb in Ossi (Dorf Kurewere) i. J. 1891. Ihre Mutter Miina Tilt (Nr. 99), Fall XXIII, anaesthetisch leprös, eine Stiefschwester der Tiina Wiherpuu (Nr. 115) ist zwar schon etwa i. J. 1864 bettlägerig geworden; in der Anamnese wurde jedoch erwähnt, dass sich in ihrem Allgemeinbefinden etwa im J. 1880 eine Besserungsperiode einstellte. Ich möchte fast annehmen, dass Pat. ursprünglich an irgend einer anderen Krankheit litt, und erst nachdem ihre Tochter an der Lepra erkrankte, von ihrer jetzigen Krankheit befallen wurde. Mit dieser Annahme würde auch der bisher nur geringe Grad der Mutilationen im Einklang stehen.

Marie Tamm (Nr. 87) hat nachgewiesenermassen mit der tuberösleprösen Liisu Tilt (Nr. 98) bis zu deren Tode verkehrt. Pat. erkrankte i. J. 1890 an Lepra tuber. und befindet sich gegenwärtig in Nennal.

Liisu Saks (Nr. 77) hatte vor ihrer Erkrankung an Lepra tuber. i. J. 1879 mit ihrer tuber.-leprösen Tante Liisu Wanaaus (Nr. 111) in dem Laasi-Gesinde des Haustla-Dorfes häufig verkehrt. Liisu Wanaaus starb i. J. 1884, Liisu Saks i. J. 1889. Die Mutter der letzteren Leen Saks (Nr. 76), Fall XXII, leidet seit d. J. 1883 an Lepra anaesthetica. Die Tochter ist somit 4 Jahre früher erkrankt als die Mutter.

Ob der tuberös-lepröse Josep Talu (Nr. 86) mit irgend welchen Leprösen der Umgegend, „Ott“ Mihkel, Laes Wiherpuu, Tiina Kann, oder A. in Berührung gekommen ist, darüber fehlen mir sichere Daten. Josep Talu erkrankte i. J. 1890 und befindet sich gegenwärtig in Nennal. Seine Tochter Ann Talu (Nr. 85), Fall XIX, welche in demselben Körtsi-Gesinde wohnt, erkrankte an Lepra anaesthetica i. J. 1893.

Für Mari Walge (Nr. 110) habe ich keine Berührungsmöglichkeit mit leprösen Individuen nachweisen können.

Kaarel Faalder (Nr. 83) hat vor seiner Erkrankung an Lepra tuber. mit den tuber.-leprösen Juhan Kopil (Nr. 27), welcher i. J. 1874 etwa an Lepra tuberosa starb, sowohl in dem Kööru-Dorf, wo sie früher beide wohnten, als auch auf der Insel Filsand, wohin er etwa i. J. 1866 hinübersiedelte, und wo Juhan Kopil später als Arbeitsaufseher fungirte, Umgang gehabt. Sein Sohn Predik Taalder (Nr. 84) wohnte in Filsand bei ihm, erkrankte nach ihm an Lepra tuberosa, woran er i. J. 1882 starb. Die unverheiratete Schwester des Predik T., Tiina Taalder, wurde mir als lepraverdächtig angegeben.

Liisu Türnpuu (Nr. 103), Fall XXIV, ist vor ihrer Erkrankung an Lepra anesthetica mit mehreren tuberös-leprösen Individuen in Berührung gekommen, wie bei F. XXIV genauer auseinandergesetzt wurde.



Kirchspiel Mustel.

Predik Kerkel (Nr.24) soll sich die Lepra tuber. auf dem Festlande zugezogen haben. Er starb in dem Maunuse-Gesinde des Wanakubja-Dorfes i. J. 1884. Seine Frau und sein Sohn sind gesund. Seine Schwester Reet (Nr. 25), mit welcher er zusammen in einem Hause wohnte, erkrankte nach ihm an Lepra tuber., und starb i. J. 1891. Deren Sohn Taawi dient auf dem Festenlande und soll gesund sein.

Eine andere Schwester des Predik, Ann Köster (Nr. 28), Fall XXVIII, i. J. 1882 nach Saatu (Sillaküla) verheiratet, erkrankte dort i. J. 1889 an Lepra anaesthetica. Ihre zwei Söhne sind gesund. Die zwei übrigen Schwestern der eben erwähnten Leprösen, Mari Leppik und Eewa Riuhk, sind gesund; die Mutter derselben, Ingel Kerkel (Nr. 23), starb i. J. 1892 im Alter von 77 Jahren an Lepra.

Die Erkrankung der Mare Türnpuu (Nr. 104) liesse sich ätiologisch vielleicht mit der Krankheit des Predik Kerkel in Zusammenhang bringen. Mare Türnpuu starb an Lepra tuberosa i. J. 1893. Die eine Schwester der Letzteren Liisu Türnpuu (Nr. 103), Fall XXV, ist in dem Kirchspiel Kielkond, die andere, Tiina Türnpuu (Nr. 105), seit d. J. 1883 in dem Karmel'schen Kirchspiel (Magnushof, Ärma-Gesinde) wohnhaft. Dass die beiden letztgenannten Leprösen vor ihrer Erkrankung mit ihrer tuberös-leprösen Schwester Mare (Nr. 104) vielfach in Berührung gekommen sind, ist betreffenden Ortes bereits besprochen worden.

Kirchspiel Kergel.

Ueber irgend welchen Connex des Juhan Jank (Nr. 14), Fall XXVI, und des Mihkel Tammel (Nr. 88) mit Leprösen habe ich nichts Nennenswerthes eruiren können. Juhan Jank leidet an Lepra anaesthetica schon seit d. J. 1864 und Mihkel Tammel, gleichfalls an Lepra anaesthetica, angeblich seit 1879. Gravirende Angaben habe ich nicht erhalten können, weil 1. die Fälle relativ alt sind, und weil 2. in der Umgegend sonst keine Leprafälle vorgekommen sind. Aus letzterem Grunde wird auch die Krankheit dieser Leprösen von den Bauern für nichts Specifisches angesehen. Die Patienten selbst machten keine aufklärenden Angaben.

Cap. VI. Ursachen und Verbreitung der Lepra auf der Insel Oesel.

Ich könnte an dieser Stelle meine Arbeit schliessen, denn ich habe nunmehr alle Thatsachen hier niedergelegt, welche ich bei meiner Forschungsreise durch die Westhälfte der Insel Oesel feststellen konnte. Eine kurze Zusammenfassung meiner Resultate dürfte jedoch zum Schluss noch wünschenswerth sein.

Meine Angaben beschränken sich auf die 6 westlichen Kirchspiele der Insel: Jamma, Anseküll, Kielkond, Mustel, Kergel, Karmel. Ich habe mich bemüht, nicht nur alle lebenden Leprafälle meines Gebietes festzu-



stellen und zu besichtigen, sondern auch, soviel als möglich, die schon verstorbenen Leprafälle aus den letzten 5 Jahrzehnten zu sammeln, namentlich wenn sie in anamnestischen Beziehungen zu den noch lebenden Leprösen standen. Dass ich alle nicht ganz sicheren Fälle ausgeschlossen habe, ist schon gesagt worden. Aus diesem Grunde habe ich auch die älteren Fälle des Arensburger Hospitals für den anamnestischen Theil meiner Arbeit nicht weiter berücksichtigt, weil ich für die Richtigkeit der einzelnen Diagnosen hier keine absolute Garantie übernehmen kann.

Ich habe festgestellt, dass in meinem Bezirk 50 Lepröse am Leben sind, und zwar 28 Fälle von Lepra tuberosa und 22 Fälle von Lepra maculo-anaesthetica. Von diesen 50 Fällen sind 20 Tuberös-lepröse und 2 Anaesthetisch-lepröse seit d. J. 1892 nach Nennal evacuirt.

Die Krankengeschichten sämmtlicher in meinem Forschungsgebiet lebender Aussätzigen habe ich im Cap. IV dieser Arbeit geliefert. Ferner habe ich noch sicher 67 Fälle von Lepra schon Verstorbener in meinem Gebiet festgestellt. Die Lebensschicksale und die Krankheitsgeschichten dieser schon Verstorbenen sind, so weit sie zu den noch lebenden Leprösen Beziehungen hatten, in die Anamnesen meiner im Cap. IV enthaltenen Leprafälle aufgenommen und auch im Cap. V verarbeitet worden. Hiezu kommen, wie schon früher erwähnt, noch 39 Fälle, über die ich nur aus dem Arensburger Hospitalsjournal Kenntniss erlangte. Im Ganzen habe ich also 156 Fälle in meinem Gebiet eruirt.

Um nun eine Anschauung darüber zu gewinnen, wie sich alle diese Fälle örtlich über mein Forschungsgebiet vertheilen, habe ich diese Fälle in die Karte eingetragen. Das Genauere hierüber findet sich in der Einleitung des Cap. V dieser Arbeit.

Wegen der Unsicherheit der aus der älteren Zeit herstammenden Daten verzichte ich darauf, die Frage zu besprechen, ob die Lepra auf Oesel im Laufe dieses Jahrhunderts sich eingeschränkt, oder auf weitere Gebiete übergegriffen hat. Nur eines geht aus allen von mir gesammelten Daten mit Sicherheit hervor, nämlich, dass in denjenigen Bezirken, wo ich noch jetzt das endemische Vorkommen der Lepra habe feststellen können, auch schon vor 60 Jahren der Aussatz vorgekommen ist.

Vergleicht man die Angaben Hellat's, welcher im J. 1887 die Insel Oesel bereiste, um die Zahl der dortigen Leprösen festzustellen, mit meinen Befunden, so ergibt sich, dass die Localisation der Seuche ziemlich unverändert geblieben ist, denn Hellat wie ich haben die Hauptherde in der Schworbe und an der Westküste der Insel festgestellt. Dass die Zahl der lebenden Leprösen sich seit Hellat vermehrt hat, lässt sich mit Wahrscheinlichkeit annehmen aber nicht mit absoluter Sicherheit feststellen. Hellat hat auf der Westhälfte der Insel nur 20 Fälle erkundet und ich dagegen 50; allein es ist sehr möglich, dass dieser Zahlenunterschied sich zum Theil daraus erklärt, dass Hellat, dem es vor Allem auf einen allgemeinen Ueberblick über das Vorkommen der Lepra in Livland zu thun

war, weniger genaue Nachforschungen angestellt hat, als ich, und namentlich viele Fälle von Lepra maculo-anaesthetica, welche, wie ich schon sagte, vom Volke gar nicht als Aussatz anerkannt wird, übersehen hat. Für diese Vermuthung dürfte der Umstand sprechen, dass Hellat unter seine 20 Leprösen nur 6 (d. h. 30%) anästhetische Fälle gefunden hat, während ich unter meinen 50 Fällen 22 (d. h. 44%) anästhetische Formen aufzählen kann. Immerhin dürfte der Umstand, dass in demselben Bezirk, wo Hellat vor 7 Jahren 16 tuberöse Lepröse zählte, jetzt 28 vorhanden sind, für eine allmälige Zunahme der Seuche sprechen. — Dass die Lepra aus einem Jahrhunderte alten Zustande der Ruhe und minimalen Existenz in der letzten Zeit bei uns zu Lande in ein Stadium erhöhter Lebensenergie getreten ist, dafür sprechen auch die Zählungen der Leprösen, welche auf Veranlassung der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland und Estland in den Jahren 1894 und 1895 vorgenommen worden sind (cfr. Dehio, „Der Aussatz einst und jetzt". Dermatolog. Ztschr. Bd. III. H. 1.) und überall eine erschreckende Zunahme der Zahl der Leprösen in Livland ergeben haben.

Welche Schlüsse lassen sich nun aus der geographischen Verbreitung der Krankheit in Oesel auf die Ursachen derselben ziehen?

Auf den ersten Blick scheint es, als wenn Hutchinson mit seiner Fischtheorie recht haben könnte, denn die meisten Fälle kommen nicht im Centrum der Insel, sondern auf einer Halbinsel und an der Küste vor, wo die Bevölkerung sich weniger mit Ackerbau, dafür aber viel mit dem Fischfang beschäftigt. Ich muss jedoch betonen, dass nach meiner Beobachtung die Nahrung keinen Unterschied machen kann, denn auch die Insassen des Inneren der Insel essen nicht weniger Fisch als die Strandbewohner. Die Ernährungsweise ist überall gleich. Ferner wird der Fischfang am nordwestlichen und nördlichen Ufer noch viel schwunghafter betrieben, als in der Schworbe und dennoch ist daselbst keine Lepra zu finden. Auch in der Schworbe selbst sind bei Weitem nicht alle Fischerdörfer von der Lepra inficirt, sondern nur ein Theil derselben.

Endlich ergreift die Krankheit, wo sie auftritt, in der Regel mehrere Glieder einer Familie, oder mehrere Bewohner eines Gesindes oder Bauernhofes. Auch das spricht nicht sehr für die Fischtheorie, oder für die Verbreitung der Lepra durch sonstige mit dem Fischfang verbundene hygienische Missstände; denn durch solche Ursachen, so sollte man erwarten, müsste die Krankheit in sporadischen Fällen gleichmässig vertheilt auftreten; das gruppenweise Auftreten der Krankheit lässt sich aus der allgemeinen Fischnahrung nicht erklären.

Aus Cap. V sehen wir, dass die lebenden und die gestorbenen Fälle gleichmässig auf die gleichen Oertlichkeiten vertheilt sind; mit anderen Worten: diejenigen Gesinde und Dörfer, wo in früheren Jahrzehnten Lepra vorgekommen ist, sind auch jetzt noch die bevorzugten Nistorte der Seuche.



Hiergegen könnte man den Einwand erheben, dass ich nur von solchen an Lepra Verstorbenen etwas erfahren habe, wo anamnestische Anhaltspunkte von den lebenden Fällen auf die todten zurückführten, und dass sehr wohl in solchen Districten, welche jetzt leprafrei sind, in früheren Jahrzehnten Leprakranke gewohnt haben könnten, nur dass ich über dieselben nichts erfahren habe.

Gegenüber diesem Einwand muss ich betonen, dass ich auch in leprafreien Gebieten es niemals unterlassen habe, nach etwaigen früheren Fällen zu forschen, und dass mir vielfach auch Nachrichten über Lepröse zugeflossen sind durch Leute, welche in solchen leprafreien Gegenden wohnten; auffallender Weise bezogen sich aber diese Nachrichten dann stets auf solche Leprafälle, welche den inficirten Dörfern angehörten. Nur im Karmel'schen Kirchspiel habe ich, wie schon gesagt, nachweisen können, dass die Lepra dort vorgekommen ist, während sie jetzt daselbst ausgestorben ist.

Ich halte mich also durchaus für berechtigt, zu behaupten, dass die Lepra die Eigenthümlichkeit hat, sich durch Generationen hindurch in solchen Menschencomplexen zu erhalten, die, sei es durch die Bande des Blutes, sei es durch sociale Verhältnisse auf einen intimen Umgang mit einander angewiesen sind. Freilich wird man diese Tendenz der Krankheit, sich in den kleinsten und engsten socialen Gesellschaftskreisen einzunisten nur feststellen können, wenn man sich die Mühe nehmen wird, die ätiologischen Nachforschungen bis in die kleinsten individuellen Umstände hinein zu verfolgen. Sammelforschungen und Statistiken lassen diesen Charakterzug der Seuche nicht erkennen.

In wie hohem Masse durch diese Erforschung der Umstände des Einzelfalles ätiologische Zusammenhänge aufgedeckt werden können, wo man sie a priori gar nicht vermuthen sollte, das zeigt meine Untersuchung des Anseküll'schen und Kielkond'schen Kirchspiels, für die ich geradezu genealogische Tabellen von Mutter und Tochterfällen habe aufstellen können.

Die Thatsache dass in diesen Stammbäumen von Lepraerkrankungen Umgang und meist sehr enge Berührung zwischen den einzelnen Kranken stattgefunden hat, ist durch meine Forschungen über allen Zweifel sichergestellt worden.

Wenn die Lepröse Tiina Pruul (Nr. 67, cfr. Cap. V, Kirchspiel Anseküll) auf das Gut Tirimetz, in eine bis dahin völlig leprafreie Gegend, kommt, hier mit 7 gesunden Arbeitern und Arbeiterinen in einer engen Arbeiterwohnung haust, und dann nach einiger Zeit diese 7 Menschen sämmtlich an der Lepra erkranken, so ist das doch eine sehr auffallende Thatsache. Aber solche Thatsachen finden sich unter den in dieser Arbeit niedergelegten Beobachtungen in grosser Menge.

In 19 Fällen habe ich feststellen können, dass ein Mensch, welcher nachträglich an Lepra erkrankt, längere Zeit hindurch das Bett mit



notorischen Tuberös-Leprösen getheilt hat: Nr. 10, 30, 31, 38, 39, 42, 52, 55, 56, 57, 60, 72, 73, 81, 91, 92, 95, 103, 105.

In einem Fall erkrankt ein Ehegatte, nachdem er eine Lepröse geheiratet hat: Nr. 58.

In 4 Fällen acquirirten Verheiratete die Lepra und theilten dieselbe sodann ihren Ehegatten mit: Nr. 10, 51, 73, 81.

Wenn man solchen Thatsachen mit voller Unbefangenheit gegenübertritt, so muss man zu der Ueberzeugung kommen, dass hier eine contagiöse Uebertragung der Lepra stattgefunden hat. Würde es sich um Pocken oder Krätze handeln, so würde kein Mensch bei derartigen gruppenweissen Erkrankungen an der stattgehabten Contagion zweifeln, bei der Lepra aber ist es anders. Hier erfolgen die Erkrankungen nicht wie bei der Variola, Schlag auf Schlag, sondern in langen Zwischenräumen, so dass die Uebersicht über die zusammengehörigen Fälle sich leicht verwischt und verloren geht, es sei denn, dass man sie durch mühselige Nachforschungen anamnestisch reconstruirt.

Abgesehen von den eben angeführten drastischen Fällen hat meine Forschung in 48 Fällen den Umgang (meist Wohnen in einem Zimmer, in vielen Fällen Schlafen in einem Bett, Besuch, Krankenpflege etc.) eines Leprösen mit einem andern Menschen feststellen können, der dann nachträglich auch leprös wird: Nr. 3, 4, 6, 7, 11, 13, 15, 18, 19, 20, 23, 25, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 44, 50, 53, 54, 65, 66, 67, 71, 72, 76, 77, 79, 80, 82, 84, 85, 86, 87, 93, 94, 96, 98, 99, 101, 106, 108, 109, 113.

Auch diese Thatsachen habe ich zur Erklärung des ätiologischen Zusammenhanges der Einzelfälle unter einander herangezogen. Man kann mir dagegen einwenden, dass ich dazu kein Recht habe, weil es unmöglich sei, Umgang und Contagion zu identificiren. Dem gegenüber muss ich zugeben, dass in einem einzelnen Falle ein solcher Schluss höchst voreilig wäre; in meinen Forschungen liegt aber die Sache folgendermassen: In der Mehrzahl der Fälle, wo ich bei Leprösen nach dem Ursprung ihrer Krankheit forschte, stellte sich heraus, dass Verkehr oder Umgang des in der Folge Erkrankenden mit einem schon Erkrankten in irgend welcher Form stattgefunden hatte. Andererseits ist die Zahl solcher Fälle auch nicht allzu gering, wo ich nur die Möglichkeit einer Berührung des Verkehres oder der Berührung zwischen Leprösen habe feststellen können. Eine solche Möglichkeit beweist natürlich nichts; bei der Unaufrichtigkeit der Kranken bin ich aber oft nicht weiter gekommen. Zu Gunsten meiner Ansicht von der contagiösen Uebertragung der Lepra fällt dagegen schwer ins Gewicht, dass ich solchen Fällen, wo ich zur Annahme einer Berührung oder des Umganges keine Anhaltspunkte finden konnte, nur ganz ausnahmsweise begegnet bin.

Wenn nun in einem Falle, wo Berührung vorliegt, die Lepra nicht durch die Berührung mit dem betreffenden Leprösen, sondern aus irgend einem andern Grunde erfolgt sein soll, so ist absolut nicht zu verstehen, warum trotzdem immer wieder eine solche Berührung, die dann ja nur



die Rolle eines bedeutungslosen Zufalles spielen kann, anamnestisch festgestellt werden konnte. Wenn wir annehmen, dass eine solche Berührung ätiologisch bedeutungslos sei, so verlangt es die einfache Wahrscheinlichkeit, dass diese Berührung bei den Leprösen nicht häufiger hätte constatirt werden müssen als bei den Gesunden derselben Gegend. Bei Gesunden derselben Gegend gehört aber solch ein Umgang mit Leprösen nicht zur Volksgewohnheit. Wenn man sich bei Gesunden danach erkundigt, ob sie mit Leprösen zusammen gekommen oder Berührung gehabt haben, so erhält man fast stets die Antwort, dass solches nicht der Fall gewesen ist. Bei den Leprösen dagegen verhält es sich gerade umgekehrt.

Fast stets lässt sich nachweisen, dass sie unter einander in enger materieller Berührung gestanden haben.

Da die Lepra in Oesel zum Glück noch immer eine seltene Krankheit ist, und da ferner die Leprösen von der gesunden Bevölkerung gemieden werden, so müsste es, wenn die Gegner der Contagionslehre Recht hätten, zu den allergrössten Seltenheiten gehören, dass ein Mensch, der aus irgend einem Grunde leprös wird, auch ausserdem mit einem Leprösen Umgang gepflogen hat. Ein solches Zusammentreffen ist von mir aber nicht selten und ausnahmsweise, sondern gerade umgekehrt, sehr häufig beobachtet worden. Diese Thatsache beweist mit logischer Nothwendigkeit, dass solche gesunde Menschen, die durch die Verhältnisse dazu gezwungen sind, mit Leprösen zusammen zu wohnen oder in nähere Berührung zu treten, der Gefahr leprös zu werden, mehr ausgesetzt sind als die andern Gesunden, welche nichts mit Aussätzigen zu thun haben. Mit andern Worten: Der Umgang eines Leprösen mit einem Gesunden ermöglicht und vermittelt die Erkrankung des letzteren.

Das ist der Grund, weshalb ich mich für berechtigt gehalten habe, solche Fälle, wo ein Umgang zwischen den Erkrankten stattgefunden hat, in ein ätiologisches Abhängigkeitsverhältniss von einander zu bringen und anzunehmen, dass der Kranke die Lepra auf seinen bis dahin gesunden Genossen durch Contagion übertragen habe.

In dieser Annahme habe ich die Tabellen III und IV auf Grund meiner Krankengeschichten zusammengestellt, und das Resultat dieser Zusammenstellung bestärkt mich durchaus in der Ueberzeugung, dass die Lepra auf der Insel Oesel in der Regel durch Uebertragung von Mensch zu Mensch verbreitet wird. Nachdem ich die Tabellen zusammengestellt hatte, blieben in dem Kirchspiel Ansekült nur noch 6, in Jamma 1, in Kielkond 2 jetzt noch lebende Fälle übrig, deren Anamnesen keinen Grund darboten, um sie in diese Stammbäume einzufügen.

Ich halte somit die Lepra für eine contagiöse Krankheit, und möchte zu Gunsten dieser meiner Ansicht noch anführen, dass die Stimme des Volkes mir hierin Recht gibt. Der oeselsche Bauer ist davon fest überzeugt, dass die tuberöse Form der Lepra ansteckend ist; deshalb meidet er diese Kranken und sucht sie zu isoliren, ganz so, wie es im Mittelalter alle Völker Europas gethan haben,



und wie es heutzutage die Jakuten so gut wie die Südsee-Insulaner, und die Chinesen so gut wie die Anatolier und Turkmänen thun.

Dass die Ansichten über die Verbreitungsart der Lepra noch immer getheilt sind, findet eine Erklärung darin, dass der Beweis einer unzweifelhaften Contagion schwer, und günstigen Falles nur durch eingehendes, specielles Studium in jedem einzelnen Leprafalle mit der Berücksichtigung des Incubationsstadiums der Krankheit geliefert werden kann. In diesem Punkt muss ich A. v. Bergmann [1]) beistimmen, welcher sagt: „Je mehr sich die Ueberzeugung von der langen Incubation der Lepra festigen wird, desto mehr wird die Opposition gegen die Übertragbarkeitslehre verstummen.“

Zuguterletzt muss ich noch zu der Frage Stellung nehmen, ob die Lepra, trotzdem, dass sie contagiös ist, nicht auch durch Vererbung fortgepflanzt werden kann, wie z. B. die Syphilis. Da mein Material positive Anhaltspunkte für eine solche Annahme nicht liefert, so habe ich keinen Grund mich auf die theoretische Erörterung dieser Frage einzulassen. Es ist bekannt, dass viele gute Kenner der Lepra, Hansen, Leloir, Münch u. A., die erbliche Uebertragung des Aussatzes völlig leugnen.

Ich will im Nachstehenden jedoch die mir auf Oesel bekannt gewordenen, bei dieser Frage in Betracht kommenden Fälle, welche für die Erblichkeitstheorie zu sprechen scheinen, noch einmal aufzählen:

1. Die Kinder der tuber.-leprösen Tiiu (Nr. 59) und des Tidrek Oun (Nr. 58) sind sämmtlich an L. tuber. gestorben. Wie ich in Erfahrung gebracht habe, ist die ebenerwähnte Tiiu Oun schon vor der Geburt ihrer Kinder leprös gewesen, und es scheint dieser Fall daher wohl für eine hereditäre Uebertragung der Lepra zu sprechen.

Dagegen fallen hier jedoch folgende Umstände, welche durchaus für die Contagion sprechen, schwer ins Gewicht:

Der Vater der gen. Leprösen, Tidrek Oun (Nr. 58), erkrankte an L. tuber., nachdem er die tuber. lepröse Tiiu (Nr. 59) geheiratet hatte.

Tiina Pruul (Nr. 67), welche bei derselben Familie Oun diente, aber mit derselben nicht verwandt war, erkrankte ebenfalls an Lepra tuberosa.

Sander Oun, dessen entfernte Verwandtschaft schwerlich in Betracht kommt, erkrankte in demselben Gesinde an Lepra tuberosa.

Die Kinder der Leprösen Tidrek und Tiiu Oun wurden gesund geboren.

2. Mari (Nr. 53) und Predik (Nr. 54), die Kinder der tuberös-leprösen Madli (Nr. 51) und des Jüri (Nr. 52) Oue, sind an Lepra tuber. gestorben, aber es ist zu bedenken, dass: Jüri Oue, nach seinem Todesjahr zu urtheilen, viel später erkrankt ist als seine Kinder. Eine Tochter und deren Kinder leben noch gegenwärtig und sind gesund.

3. Ann Rand (Nr. 70) starb i. J. 1887 an Lepra tuberosa. Deren Tochter Mari Rand (Nr. 71), geb. 1879, erkrankte an L. tuber. i. J. 1890.

[1]) Bergmann A. v., Zur Contagiosität der Lepra. Volkm. Sammlung 1891.

In diesem Falle könnte die Mutter wohl schon vor der Geburt ihrer gen. Tochter leprös gewesen sein. Jedoch auch hier spricht der Umstand für die Contagion, dass Pat. Mari Rand (Nr. 71) erst in ihrem 11. Lebensjahr erkrankte, und dass ihre Geschwister gesund sind.

4. Liisu Tilt (Nr. 98) starb an Lepra tuber. i. J. 1891. Ihre Erkrankung fällt ins Jahr 1876, wo ihre Mutter Miind Tilt (Nr. 99), welche später an Lepra anaesthetica litt, wahrscheinlich noch nicht leprös war.

5. Die Fälle Teern (Nr. 91, 92, 93) könnten einen erblichen Ursprung (mit Ueberspringen einer Generation) vermuthen lassen. Die genaueren Thatsachen entsprechen jedoch keineswegs einer solchen Vermuthung, denn die Eltern der Leprösen (Nr. 91, 92, 93) sind leprafrei, und die Krankheit (Lepra tuber.) ihrer Grossmutter Tiina Kann (Nr. 20) ist später ausgebrochen als sie geboren sind.

Folgende Fälle lassen ein Commentar überflüssig erscheinen.

6. Ann Noot (Nr. 44) tub.-lepr., ist i. J. 1877 geb. und 1892 an L. tuber. erkrankt. Ihr Vater Mart Noot (Nr. 46) erkrankte i. J. 1884 an L. tuber.; ihre Mutter ist gesund.

7. Ann Talu (Nr. 85), geb. i. J. 1873, erkrankte i. J. 1892, ihr Vater Josep Talu (Nr. 86) an L. tuber. angeblich i. J. 1890.

8. Kaarel Taalder (Nr. 83) war ganz gesund, als er mit seinem Sohn Predik (Nr. 84) auf die Insel Filsand zog. Dort erkrankte zuerst der Vater und dann sein Sohn.

9. Juula Siim (Nr. 79), seit 1894 tuber.-leprös, wurde geboren i. J. 1866. Ihre Mutter Leen Siim (Nr. 90) erkrankte an L. tuber. i. J. 1883.

10. Peter Teiwas (Nr. 95) erkrankte an Lepra tuber. früher als sein Vater Aadu (Nr. 94).

11. Triin Meister (Nr. 42) erkrankte an Lepra tuber. früher als ihre Mutter Reet (41).

12. Liisu Saks (Nr. 77) erkrankte an Lepra tuber. i. J. 1881, und ihre Mutter Leen (Nr. 76) an Lepra anaesthetica i. J. 1883.

13. Laes Wiberpuu (Nr. 114) erkrankte an L. tuber. früher als seine Mutter Tiina (Nr. 115).

14. Predik Kerkel (Nr. 24) erkrankte an L. tuber. etwa 10 Jahre früher als seine Mutter Ingel (Nr. 23).

Wie man sieht, sind mir, wie jedem Lepraforscher einige Fälle aufgestossen, wo lepröse Eltern Kinder erzeugt haben, die dann gleichfalls leprös geworden sind. Da ich aber im Laufe meiner Untersuchungen die Ueberzeugung gewonnen habe, dass die Lepra durch Contagion erzeugt wird, so kann ich solchen Fällen gegenüber nur annehmen, dass hier der intime Umgang zwischen Eltern und Kindern, und nicht erbliche Uebertragung die Krankheit erzeugt hat.

Ich will zugeben, dass solche Fälle der Erblichkeitstheorie nicht widersprechen. Keinesfalls aber kann ich gestatten, dass solche Fälle, wie dies oft geschieht, als Beweismaterial für die Erblichkeit der Lepra benutzt werden.

Dehio[1]) **sagt: „Die Lepra ist nicht eine Krankheit der Familie, sondern eine Krankheit der Hausgenossenschaft und des engen Verkehrs,“ und ich kann mich diesem Satz nur völlig anschliessen.**

Die Frage, warum die Lepra, obgleich sie schon seit 60 Jahren endemisch auf der Insel Oesel herrscht, daselbst doch keine grössere Verbreitung gefunden hat, ist nicht mit Sicherheit zu beantworten.

Solange wir über die biologischen Eigenschaften des Leprabacillus noch völlig im Unklaren sind, solange wir nichts wissen von den Lebensbedingungen, unter welchen derselbe innerhalb oder ausserhalb des menschlichen Körpers leben und wachsen kann; solange wir endlich nichts Genaueres über die individuelle Empfänglichkeit des menschlichen Organismus gegenüber dem Leprabacillus wissen, solange können wir auch nichts aussagen über die Umstände, welche die grössere oder geringere Häufigkeit der Lepra bedingen. Ob hier die grössere oder geringere Disposition der Menschen, oder die stärkere oder schwächere Wachsthumsenergie des Bacillus, resp. seine grössere oder geringere Virulenz eine Rolle spielt, wer möchte das zu entscheiden wagen. Ich halte mich nicht für berechtigt, mit meinen Vermuthungen den Thatsachen vorauszueilen.

Nur auf einen Punkt möchte ich in Bezug auf die Contagiosität der Lepra eingehen, weil ich denselben für sehr wichtig halte und durch positives Material belegen kann.

Schon **Hansen** und **Looft**[2]) sprechen es aus, dass die maculoanaesthet. Form der Lepra, was ihre Contagiosität betrifft, weniger gefährlich ist, als die tuberöse Form. Sie sagen: Das letztere scheint dadurch bestärkt zu werden, das in Sogn, wo sich 56·6%knotige und 43·4% maculo-anaesthetische Patienten fanden, das jährliche Zugangsprozent zwischen 8·0 und 10·8% schwankt, während dasselbe Procent in Soendfjord mit 72·6%knotigen und 27·4% maculo-anaesthetischen Patienten, zwischen 14·4 und 19·6 schwankt.“

Ich kann diese Beobachtung von **Hansen** und **Looft** nach meinen Untersuchungen durchaus bestätigen.

In meinen beiden Uebersichtstabellen der Kirchspiele Kielkond und Anseküll finden sich im Ganzen 48 Fälle von Lepra tuberosa, 11 Fälle von Lepra anaesthetica und 2 F. von L. mixta angeführt. Unter den 48 tuber. Erkrankungen finden sich 36, d. h. 75%, welche aller Wahrscheinlichkeit nach Tochtererkrankungen nach sich gezogen und somit contagiöse Wirkung ausgeübt haben. Unter den 13 Fällen von Lepra anaesthetica und Lepra mixta dagegen findet sich kein einziger, bei dem auch nur ein Verdacht vorhanden wäre, dass er weitere Erkrankungen nach sich gezogen habe. Diese Thatsache ist um so beweiskräftiger, als ich zur Zeit meiner Untersuchungen nichts von der Ungefährlichkeit der Lepra anaesthet. wusste, und dieselbe für ebenso contagiös hielt, als die

[1]) Dehio, K. Prof. „Der Aussatz einst und jetzt“, l. c.

[2]) Bibliotheca medica. Abth. D. II, Heft 2. S. 41.



Lepra tuberosa. Von einer parteiischen Darstellung der Thatsachen kann also bei mir nicht die Rede sein.

Ich war sehr überrascht, als ich zum Schluss meiner Untersuchungen und bei der Zusammenstellung meiner Tabellen fand, dass kein einziger Fall von Lepra anaesthetica Tochtererkrankungen nach sich gezogen hat,[1]) während doch bei 75% der tuberösen Fälle dies wohl der Fall war. Ich halte es für nicht unwichtig bei dieser Gelegenheit die Aufmerksamkeit nochmals darauf zu richten, dass die Lepra anaesthetica vom Oeselschen Bauern für nicht ansteckend gehalten wird (cf. pag. 8) und dass der Verkehr der Gesunden mit solchen Leprösen in Folge dessen viel intimer ist, als mit den tuberös Leprösen.

Gestützt auf diese meine Erfahrung muss ich daher die Behauptung aufstellen, dass die anaesthetischen Formen der Lepra stets von tuberöser Lepra herstammen, selbst aber nicht oder in geringerem Masse im Stande sind, die Krankheit weiter zu verbreiten. Ich muss daher meinen auf pag. 69 aufgestellten Satz, dass die Lepra eine contagiöse Krankheit ist, jetzt folgendermassen präcisiren:

Die Lepra tuberosa ist eine contagiöse Krankheit; die Lepra anaesthetica dagegen wird zwar durch den Leprabacillus, oder durch das Lepravirus auf dem Wege der Contagion hervorgerufen, ist aber selbst nicht oder nur in geringem Masse ansteckend.

Diese Thatsache scheint mir von grosser praktischer Wichtigkeit zu sein. Da wir bis jetzt leider kein Mittel besitzen, um die Lepra zu heilen, so besteht die einzige Möglichkeit der Bekämpfung dieser unheilvollen Seuche darin, dass wir die Kranken in Leprosorien isoliren und sie dadurch verhindern, ihre Krankheit auf andere Menschen zu übertragen. Wenn nun aber die Lepra anaesthetica nicht contagiös ist, so liegt kein Grund vor, die von dieser Form des Aussatzes befallenen Kranken in Leprosorien einzusperren. Wir können uns vielleicht damit begnügen, nur die tuberös Leprösen in Aussatzhäuser unterzubringen. Dadurch wird der Kampf gegen den Aussatz nicht nur viel billiger werden, sondern auch für viele der unglücklichen Kranken seine Schrecken verlieren und ein humaneres Aussehen gewinnen.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, an dieser Stelle der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland meinen wärmsten Dank auszusprechen für die materielle Unterstützung, die sie mir auf Veranlassung ihres Vicepräsidenten, des Prof. K. Dehio, behufs der vorliegenden Untersuchungen hat zukommen lassen.

---

[1]) Die einzige Ausnahme hiervon bildet vielleicht mein Fall VI.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 5. Mai 1897.

Vorsitzender Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Neumann demonstrirt einen 5jährigen Knaben mit seit der Geburt bestehenden eigenartigen Narben an der Kopfhaut und im Gesichte. Es findet sich am Scheitel eine über thalergrosse, kreisrunde Narbe, welche im Centrum derb und höckerig erscheint und mit spärlichen büschelförmigen Haaren besetzt ist, während die mehr peripheren Partien wie wurmstichig aussehen und erweiterte, mit dicken schwärzlichen Comedopfröpfchen erfüllte Talgfollikel zeigen. Diese Narbe hat eine gewisse Aehnlichkeit mit Dermatitis papillaris capillitii. Eine zweite, etwas kleinere Narbe links an der Wange, die nichts Besonderes darbietet und wie gestrickt aussieht. Die Ursache ist gegeben in intrauterinen Verwachsungen der Haut mit dem Amnion, welche beim Geburtsacte gewaltsam gelöst werden und die in Rede stehenden Substanzverluste und Narben zur Folge haben, wie Redner an einer der Klinik von Hofrath Gustav Braun gehörigen Moulage eines Neugeborenen demonstrirt, wobei die Localisation fast die gleiche ist wie im vorgestellten Falle.

Lang demonstrirt ein 11 Monate altes Kind aus Kolomea, welches im März d. J. mit ganz deutlichem Sclerosen-Residuum am zurückgebliebenen Präputialrest, Lymphstrang-Sclerose, Plaques an den Tonsillen, linsengrossen Pigmentresten nach Exanthem am Stamme, Lymphdrüsenschwellungen in beiden Leistengegenden, beiden Achselhöhlen und am Halse, die stellenweise eitrig geschmolzen waren, aufgenommen wurde. Gegenwärtig prävaliren die Drüsenerkrankungen und ist die sclerosirte Stelle am Präputialrest, sowie der noch nicht involvirte Lymphstrang am Dorsum penis noch deutlich zu tasten. Als Ursache wird die rituelle Circumcision angenommen und erzählt die Mutter, dass die Narbe nach der Beschneidung sich verhärtete und später die Drüsenschwellungen und ein Ausschlag am ganzen Körper auftrat. Es sollen dort noch an 200 Kinder durch denselben Beschneider inficirt worden sein.

Lang demonstrirt ein zweites Kind aus Kolomea von gleichem Alter und mit fast denselben Erscheinungen, nur dass der Lymphstrang noch deutlicher durchzutasten ist.

Lang erinnert aus diesem Anlasse an das vor $^5/_4$ Jahren aus seiner Abtheilung demonstrirte, 7 Monate alte Kind, welches nachweisbar durch Circumcision schwere Lues acquirirt hatte (es bestand papulöses Syphilid an Stamm, Kopf und Extremitäten, Palmar- und Plantar-Syphilid, Paronychie der linken kleinen Zehe, Infiltrat im linken Nebenhoden, exulcerirte Sclerose der Penishaut und Lymphadenitiden der Leisten, der Achselhöhle, am Halse und in der Präauriculargegend). Auch hier prävalirten die kolossalen, zum Theil erweichten Lymphdrüsen-Geschwülste. Interessant ist, dass bei diesem Kinde im weiteren Verlaufe Perforation des harten Gaumens und in den letzten Lebenswochen eine Blasenfistel in der linken Leiste auftrat. Offenbar setzte sich die Vereiterung des paradenitischen Gewebes in die Beckenhöhle fort und brach gegen die Blase durch, so dass der Harn nun an einer von früher her bestandenen Fistelöffnung in der linken Leiste zum Vorschein kam. Die Annahme, dass vielleicht ein gummöser Process der Blase die Perforation veranlasst habe, scheint dem Vortragenden nicht plausibel.

3. stellt Lang einen $5^1/_2$ Jahre alten Knaben vor, der mit Blennorrhoe der Urethra, Schwellung des Präputialrestes und der Penishaut und entzündlicher Schwellung der Leistendrüsen rechts, aufgenommen wurde. Im Secret fand man Gonococcen. Interessant ist, dass das Kind sein Blennorrhoe von einem 14jährigen Mädchen acquirirte, das nach vorausgegangenen masturbatorischen Manipulationen an dem Gliede mehrmals die Immissio penis vollführte.

Gleichzeitig macht Lang Mittheilung von 3 Mädchen, 6, 8 und 11 Jahre alt, die in der letzten Zeit mit Blennorrhoe der Vulva und Vagina (bei einem bestand links auch Bartolinitis) behandelt wurden und zum Theil noch behandelt werden. Gonococcenbefund bei allen dreien war positiv. Das 8jährige Mädchen trieb onanistische Manipulationen, beim 11jährigen ging geschlechtlicher Missbrauch durch einen unbekannten Mann voraus. Endlich erwähnt Redner eines 11jährigen Knaben aus Ungarn, der vor mehreren Monaten in seiner Ambulanz erschien und ein erodirtes Infiltrat der Zungenspitze darbot, von dem ein drehrunder, derber Strang eine Strecke weit nach rückwärts zu verfolgen war. Das Ganze machte den Eindruck einer syphilitischen Initial-Manifestation. Ueber die Entstehung war nichts zu eruiren. Doch wurde das Kind periodisch von choreatischen Bewegungen in den Gesichtsmuskeln befallen, so dass es Grimassen schnitt, dabei Würgebewegungen bekam, Speichel und Schleim spuckte, aber nicht erbrach. Dies brachte den Redner auf die Vermuthung, dass der Knabe von einer älteren Person, an ihrem Genitale zu lecken verleitet worden sei, wodurch ein psychisches Trauma gesetzt wurde, welches Erinnerungsbilder zurückliess, die den Knaben zu Bewegungen veranlassten, welche als Abwehr des Ekels aufzufassen sind. Doc. Dr. Freud äusserte nach Untersuchung des Kindes dieselbe Meinung.

Neumann glaubt, es seien dieselben Kinder, wegen welcher sich die Gemeinde an ihn gewendet habe. Der Arzt erwähnte harte Knoten

am Präputium und Drüsenvereiterung, aber nichts vom Exanthem; dieses kann durch Unreinlichkeit bei roh durchgeführter ritueller Circumcision entstehen, so dass die Diagnose Lues erst gestellt werden kann, wenn sich wirklich Exanthem eingestellt hat.

Was die Blasenfistel anlangt, so existirt im hiesigen pathologischen Museum ein einziges Präparat, wo an der Blasenwandung miliäre Knötchen sind, die als Gumma gedeutet wurden. Eine mikroskopische Untersuchung war nicht angestellt worden, so dass auch dieser Fall nicht sicher ist.

Lang erwidert, dass Neumann's Bemerkungen auf die vorgestellten Kinder nicht passen, da hier ausdrücklich das Exanthem erwähnt ist, ferner, dass er von vornherein die Annahme eines Gumma der Blase für unwahrscheinlich hielt.

Lang demonstrirt noch einen siebzehnjährigen Burschen mit Lupus am rechten Fussrücken und linken Handrücken. 1892 hatte sich an der rechten grossen Zehe ein Gelenksfungus etablirt, von welchem aus durch schichtenweisen Transport die Haut lupös erkrankte. 1893 wurde die Zehe amputirt, der Lupus exstirpirt und zur Deckung ein Volarlappen verwendet. Doch erschien hier der Lupus wieder und zugleich am linken Handrücken. Am 9. März d. J. wurde der Lupus des Fussrückens, der sich zwischen den Zehen gegen die Planta vorgeschoben hatte, vom Redner exstirpirt und der Substanzverlust nach Thiersch gedeckt. Am 22. März wurde der Lupus des Handrückens, der schon Daumen und Zeigefinger in sich fasste, entfernt und, um die Beweglichkeit der Finger ungestört zu erhalten, in den Substanzverlust ein Hautlappen von der Brust eingepflanzt. Das Resultat ist ein sehr gutes.

Zum Schlusse demonstrirt Redner eine 36jährige Frau, die von ihm vor 1½ Jahren wegen Lupus des Gesichtes und der Nase operirt wurde und jetzt eine Recidive aufweist. Von den bald 50 vom Vortragenden wegen Lupus operirten Fällen konnten bis heute 25 weiter beobachtet werden. Von diesen blieben 18 innerhalb eines Zeitraumes von ½ bis 4½ Jahren recidivfrei. Mit Hinzuzählung eines vor 2 Jahren operirten Arztes, der brieflich mittheilt, dass er ganz gesund ist, sind es 19. Diesen stehen 6 Fälle entgegen, wo Recidive auftraten und ein Fall dubiöser Natur. Beachtet man, dass bei gewissen Localisationen der Exstirpationserfolg von vornherein unsicher ist, wie bei Lupus der Nase, und schaltet man den vorgestellten und noch einen zweiten Fall von Nasenlupus aus, so gestaltet sich das Resultat nach operativer Behandlung noch bedeutend günstiger. Indessen macht der Vortragende aufmerksam, dass bei der vorgestellten Kranken die lupösen Herde, besonders an der rechten Wange, mehrere Centimeter weit vom Operationsgebiet entfernt sind, dass somit das Auftauchen des neuen Lupus gewiss nicht überall auf zurückgebliebene Keime zurückzuführen ist. In der Richtung verdient die Thatsache Erwähnung, dass die Kranke bei ihrer ersten Aufnahme vollkommen normalen Lungenbefund dargeboten hat, während man jetzt über der linken Lungenspitze verschärftes Exspirium mit bronchialem

Beiklang hört. Es liegt also die Vermuthung nahe, dass vielleicht ein verborgener tuberculöser Herd besteht, von dem eine frische Tuberkel-Invasion ausging.

Spiegler stellt eine 38jährige Frau vor, die in der letzten Zeit einige acute Erkrankungen durchgemacht hat, sonst stets gesund war; sie hat jetzt einen Krankheitsherd am Jochbogen von Zwei-Guldengrösse. Seit $^5/_4$ Jahren ist hier die Haut ganz weiss wie bei Vitiligo, im Centrum einige Hämorrhagien. Beim Zutasten zeigt sich der Herd infiltrirt. Es ist das circumscripte Sclerodermie u. zw. im Uebergangsstadium in Atrophie, obwohl man eigentlich von Atrophie noch nicht sprechen kann. Andere Herde bestehen am Körper nicht. Therapeutisch waren neben Massage Dunstumschläge indicirt.

Ehrmann hat einen Patienten in Behandlung, bei welchem 15 oder 16 solcher Herde in den verschiedenen Verlaufsstadien zu sehen sind. Charakteristisch ist der rothe Hof in der Peripherie und die nach einiger Zeit auftretende Pigmentirung in der Mitte. An einzelnen Stellen der Haut findet sich bloss die kreideweisse Verfärbung und der rothe Hof; die Consistenz ist dabei gar nicht verändert. Diese Fälle sind sehr verschieden von der diffusen Sclerodermie.

Ullmann bringt mehrere Fälle von Hauttuberculose, fast alle durch Antoinoculation entstanden. Zunächst 2 Patienten mit hochgradiger Lungentuberculose, bei denen die Affectionen der Haut zweifellos durch bacillenhältiges Sputum entstanden sind. Bei dem ersten derselben besteht eine verrucöse Form am Dorsum des kleinen Fingers, eine typische Leichenwarze mit Pustelbildung in der Peripherie und centraler Abheilung. Es soll hier die afficirte Partie radical excidirt und mittelst Plastik gedeckt, zugleich das excidirte Stück mikroskopisch genau darauf hin untersucht werden, ob hier immer die von Riehl und Paltauf beschriebene Mischinfection vorliegt, welche stets Anlass zur Pustelbildung geben soll, oder ob die letztere nicht auch durch den Tuberkelbacillus allein hervorgerufen werden kann, wie wenigstens Redner bis jetzt bereits Gelegenheit hatte, histologisch nachweisen zu können.

Der zweite Patient, ebenfalls fortgeschrittener Phthisiker, hat eine ähnliche, jedoch weniger hornige, sondern mehr dem Lupus vulg. gleichende Initialplaque auf dem Dorsum der Endphalange des Zeigefingers. Im December 1896, also vor etwa $^1/_2$ Jahre, war diese Stelle die einzige tuberculös afficirte der Hautoberfläche überhaupt. Trotz eindringlichen Anrathens des Redners verweigerte der Patient damals die radicale Entfernung. Seither haben sich nun, offenbar durch Resorption auf dem Wege der Lymphbahn, folgende Erscheinungen eingestellt: Ein tief sitzendes Infiltrat in der Haut der Interdigitalfalte zwischen Zeigefinger und Daumen und mehrere, 12, verschieden grosse u. zw. gegen das Centrum hin an Grösse stetig abnehmende, oberflächlich gelegene, unter der Haut sitzende Knoten an der Dorsalfläche des Unterarmes, einzelne davon bereits mit der entzündlich gerötheten Hautdecke verschmolzen. Diese reihenweise angeordneten Knoten sind, wie Redner



schon gelegentlich einer Demonstration des Falles in der k. k. Gesellschaft der Aerzte gezeigt hat, keine geschwellten Lymphdrüsen, sondern knotige Verdickungen der Wand, der hier verlaufenden Lymphgefässe. Diese Form von Lymphangoitis oder Perilymphangoitis tuberculosa, von Leloir bereits 1889 klinisch beschrieben und als tuberculös erkannt, ist äusserst selten, was insoferne merkwürdig erscheint, als es ja allbekannt ist, dass gerade viele Formen von Lupus regionär vorzugsweise in den Lymphgefässen fortschreiten und durch Verstopfung der Lumina derselben mit Exsudatzellen sogar zu Lymphstauung und Elephantiasis führen. — Auch hier wird die genaue Untersuchung resp. Verimpfung excidirter Partien in histolog.-bakteriol. Richtung hoffentlich manche Aufklärung gewähren. — Der weitere Verlauf dieser Lymphangoitis kann nun ein verschiedener sein. — In einem anderen, aber dem vorgestellten ganz analogen Falle, der dem Vortr. von der Abtheilung Prof. Benedikt's zur Behandlung zugewiesen worden war, war die Infection offenbar auch durch das Sputum, aber das einer zweiten Person (Schwester des Pat., die von diesem längere Zeit betreut worden war) erfolgt. Hier hatten sich von der Initialplaque aus, längs des Verlaufes der Lymphgefässe des Dorsum des Unterarmes ebenfalls perilymphangoitische Herde gebildet, die die Haut durchbrochen und an mehreren Durchbruchstellen im weiteren Verlaufe Lupus in der Form eines Lupus papillaris erzeugt hatten. Das histologische Bild ergab hier das typische Bild papillärer Lupusformen. Zu einem ganz analogen Falle führte ferner, wie eine vom Redner demonstrirte Photographie zeigt, die Vereiterung eines tuberculösen Lymphoms am Halse bei einem Individium, das an Kehlkopf- und Lungentuberculose leidet. Die Exstirpation des hier rings um die fistulöse Durchbruchsstelle excentrisch angeordneten Lupus wurde vor 3 Jahren an der Klinik Gussenbauer's gemacht und ist bis heute ohne Recidiv geblieben. Auch hier entspricht das histologische Bild dem des Lupus vulgaris. Die betreffenden Präparate werden gelegentlich unter Einem hier demonstrirt werden. Diese Fälle beweisen demnach genügend die Richtigkeit der Anschauung des Redners, dahingehend, dass nach Durchbruch von tuberculösen Infiltraten des Lymphgefässsystems an den Durchbruchstellen auch lupusähnliche Formen von Tuberculose der Haut durch Autoinoculation oder Infection per contuigitatem der Haut entstehen nicht nur der Fungus cutis oder die sinuosen Geschwüre nach Art zerfallender scrophulöser Abscesse, wie dies Ehrmann und Mracek annehmen. (Protokoll d. Sitzung der k. k. Ges. d. Aerzte. Sitzung vom 30. April 1897. Wiener klinische Wochenschrift Nr. 18.)

Endlich demonstrirt Redner noch einige Photographien von Patienten, die, sämmtlich an fortgeschrittener Lungentuberculose leidend, tuberculöse Affectionen an der Haut des Gesichtes, offenbar durch Autoinfection, erhalten hatten u. zw.: eine von einer Frau mit Ulcerationen an der Nasenspitze und Wange, einer zweiten Frau mit einem grossen typischen Ulcus an der Nase, das bis zu deren an allgemeiner Tuberculose erfolgten Tode fast die ganze Nasenspitze consumirt hatte, drittens eines jüngeren



Mannes mit einem runden, etwa guldengrossen Plaque an der Wange, welche vom Redner vor der histologischen Untersuchung für eine Art der Perifolliculite cosylomerée (Leloire) trichophytischen Ursprungs gehalten worden war, sich aber als typischer Lupus erwies. Solche Autoinoculationen in der Gesichtshaut dürften durch das Hineinwischen von oft ins Sacktuch gehustetem bacillenhaltigem Sputum in zufällig vorhandene Schrunden, Ekzemfismen etc. ihre Entstehung verdanken, gewiss aber nicht hämatogenen Ursprungs sein.

Ehrmann weist darauf hin, dass aus Hautabscessen eine lupusartige Bildung entstehen kann, die man als Lupus papillaris bezeichnet, trotzdem es anatomisch und klinisch ein anderer Process ist; es handelt sich hier um die Fortsetzung des fungösen Processes von innen auf die Haut; in den meisten Fällen kann man nicht von Autoinfection sprechen. Ehrmann hat einen Fall beobachtet, wo bei Weinlechner eine tuberculöse Tendovaginitis operirt wurde und von der Narbe aus ein ganzer Wald von papillären Exscrescenzen ausging und hat heute einen Fall von kaltem Abscess am Dorsum der Hand operirt, wo sich Lupus papillaris entwickelt hat.

Lang kann nach seiner Erfahrung Ullmann's Beobachtung bestätigen; es treten dabei verschiedene Formen von Lupus auf. Redner erinnert hiebei daran, dass Volkmann zu einer Zeit, wo man die Tuberkelbacillen nicht kannte und nur auf klinische Untersuchungen angewiesen war, sich auf seine (des Redners) anatomische Untersuchungen stützend, klinische Belege für diese Frage suchte und Beobachtungen anführte, wo die Haut über scrophulösen Drüsen lupös erkrankte.

Ullmann ist der Ansicht, dass Ehrmann eben nur einzelne andere Formen sich entwickeln gesehen habe, die die geschilderte Lupusform keineswegs ausschliessen. Redner wollte an dem vorgestellten Falle zeigen, dass die Entstehung von Lupus, in dem wir keine Tuberkelbacillen finden, aus Tuberkelbacillen enthaltendem Sputum sich hier vor unseren Augen abspiele. Wohl sehe man hier, wie Ehrmann sagt, noch keine Knötchen, solche entwickeln sich aber möglicherweise später. Zur Bildung eines Lupus tumidus, wie Ehrmann meint, seien freilich ganz andere specielle Bedingungen nöthig und würde sich ein solcher in so kurzer Zeit nicht bilden können.

Lang erinnert an einen Fall von Lupus der Scrotalhaut, wo es sich ebenso verhielt.

Ehrmann hält jenen Fall auch nicht für Lupus.

Spiegler demonstrirt einen an Hautsarcomen leidenden 55jähr. Mann mit bis faustgrossen, in der Mitte kraterförmig zerfallenen Knoten in der Trochantergegend des rechten Oberschenkels, in der Umgebung sind kleinere Knoten mit intacter Epidermisdecke und noch weiter flache Erhabenheiten, die sich durch ihre derbe Beschaffenheit von der Umgebung scharf abgrenzen lassen. Es handelt sich hier um Sarcomatosis cutis, nicht im gewöhnlichen Sinne als lymphatische Hauterkrankung, sondern um echte Hautsarcome, wie sie auch an anderen Organen sich



finden und zu trennen sind von den sarcoiden Geschwülsten, wie Mycosis fungoides; histologisch handelt es sich um Rund- und zum Theil Spindelzellen-Sarcom.

Kreibich hat hier versuchsweise sterilisirte Streptococcen-Culturen injicirt und jedesmal Temperatursteigerung, aber keine merkliche Einschmelzung des Tumors beobachtet. In den inneren Organen ist nichts zu finden. Es ist hier eine directe primäre Tumorbildung.

Spiegler führt ferner einen Patienten vor mit multiplem idiopathischen Pigmentsarcom (Kaposi). An beiden oberen und unteren Extremitäten finden sich blaurothe starre Infiltrate von stecknadelkopf- bis Nussgrösse, oberflächlich zerfallend, flachere an den Streckseiten der Hände, ferner stecknadelkopf- und linsengrosse Infiltrate am 3. Finger jeder Hand, ausserdem einen sehr schmerzhaften ebensolchen Knoten am oberen Theil des linken Ohres. Die blaurothe Färbung rührt er von Haemorrhagien, die in diesem blutgefässreichen Gewebe auftreten und von denen Blutfarbstoff und dessen Abkömmlinge zurückbleiben. Bekanntlich unterscheidet sich diese Form des Sarcoms von dem früheren dadurch, dass sich die Affection zurückbilden kann, so dass man nur atrophische Hautstellen findet, wo früher die Erkrankung sass, ferner dadurch, dass bei der früher besprochenen Form auch die inneren Organe ergriffen werden können, was bei dieser Form nur ausnahmsweise geschieht. Histologisch ist der Unterschied gegenüber dem echten Sarcom gering. Die Abgrenzung geschieht vielmehr auf Grund der klinischen Erfahrung.

Rille demonstrirt aus Neumann's Klinik:

1. einen 43jährigen Bahnarbeiter mit Gummata cutanea. An der Nase und Oberlippe, der ganzen Ausdehnung nach, dichtgedrängte, confluirende, peripherwärts mehr einzeln stehende, leicht vertiefte, weissliche Narben, dazwischen namentlich an der Oberlippe die Haut infiltrirt, dunkel lividroth; hin und wieder Schuppen aufgelagert, unter welchen kleine, wenig belegte Substanzverluste, sowie abgeflachte Efflorescenzen, linsengross, braunroth gefärbt, eben solche auch an der Stirnhaargrenze und in weiterer Verbreitung an der behaarten Kopfhaut, woselbst am Scheitel eine flachhandgrosse Narbe, in welche theilweise gruppirt stehende, braunrothe, desquamirende Efflorescenzen eingesprengt sind. Fast die gesammte Rückenfläche ist eingenommen von Narben, welche confluirt sind, kreuzer- bis guldenstückgross, weisslich, weich und ziemlich glatt, an der Peripherie mit einem schmalen, blassbraunen Pigmentsaum versehen. Im rechten Arcus palatopharyngeus eine linsengrosse Perforationsstelle mit übernarbten Rändern, eine kleinere im Gaumensegel links neben der Uvula.

Die Dauer der Syphilis ist unbekannt, der Kranke weiss nichts über den Zeitpunkt der Infection und frühere Krankheitserscheinungen anzugeben und wurde daher noch nie specifisch behandelt. Das Syphilid am Rücken bestand vor 2 Jahren, die Affection im Gesicht datirt seit Jahresfrist. Von 10 Kindern des Kranken sind 6 bald nach der Geburt gestorben.



2. einen 19jährigen Schlossergehilfen, welcher wegen Urethroblennorrhoe die Klinik aufgesucht hat und ausgedehnte narbige Deformationen der Glans darbietet in Folge früher bestandener venerischer Geschwüre. Die Glans ist durch eine quere narbige Rinne, an welcher linkerseits die Harnröhrenmündung sich befindet, sanduhrförmig eingeschnürt und in zwei ungleiche Hälften getheilt, von denen die untere kleinere einen halbhaselnussgrossen, knopfartigen Wulst vorstellt, welcher an der Oberfläche theils narbiges, theils normales Integument und links seitlich noch das Aussehen der Schleimhaut zeigt. Im Feber d. J. bestand eine Phimose, die im Linzer Krankenhause operirt wurde.

3. einen 22jähr. Kranken mit tuberculösen Geschwüren im Nasenrachenraum. Bei gewöhnlicher Inspection der Mundhöhle ist vom Gaumensegel und der Uvula gedeckt, bloss der untere Rand eines Geschwüres der hinteren Rachenwand als schmaler blassgrau belegter Saum zu sehen, ferner an den seitlichen Pharynxwänden links und rechts je ein etwa linsengrosses Geschwür, das mit dicker schleimiger Secretmasse belegt ist und, wie sich bei Rhinoscopia posterior nachweisen lässt, in jenes an der hinteren Rachenwand übergeht. Das letztere reicht noch aufwärts bis an die Choanen; auch an der hinteren Wand des Gaumensegels rechts von der Uvula befindet sich ein bohnengrosser, tiefgreifender Substanzverlust mit etwas unterminirten Rändern und grauweissem Belage. Der Kranke ist abgemagert, leidet an Nachtschweissen und beiderseitiger Lungenspitzen-Infiltration. Die Sprache hat stark nasalen Beiklang und ist die hintere Pharynxwand stets mit reichlichem Schleim bedeckt. Die Diagnose wurde, da Syphilis auch anamnestisch auszuschliessen ist, durch den histologischen Befund bestätigt, welcher ein zellreiches Granulationsgewebe, herdförmige Necrose und schön entwickelte, reichliche Riesenzellen ergibt; Tuberkelbacillen konnten bisher nicht nachgewiesen werden.

4. einen 25jährigen Kranken mit einem anulären Syphilid am Capillitium. Hier finden sich am Hinterkopfe 3 bis über guldenstückgrosse, kreisrunde, scharf umschriebene, scheibenförmige Infiltrate, welche erodirt sind und dünn seröses klebriges Secret absondern, das zu die Haare verfilzenden Borken eintrocknet. Diese Efflorescenzen sind nur wenig elevirt, blassbraunroth, an der Peripherie etwas mehr infiltrirt, an einer derselben sind auch die Haare fast ganz ausgefallen. Am Stamm vereinzelte, thalergrosse, im Hautniveau liegende, ringförmige Efflorescenzen (Fournier's Roseole tardive). Der Kranke wurde im December 1892 mit recenter Syphilis (Primäraffect und papulösem Exanthem) und später noch zweimal mit Syphilisrecidiven (Papeln am Genitale und der Mundschleimhaut) an der Klinik mit zusammen 40 Einreibungen und Jodkalium behandelt; die jetzige Affection besteht seit 6 Wochen und ist in differentialdiagnostischer Beziehung wegen der Aehnlichkeit mit einem impetiginösen Ekzem von Interesse.

Sitzung vom 19. Mai 1897.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Ehrmann demonstrirt einen Fall von Sclerodermie en plaques. In den ersten Stadien besteht weissliche Entfärbung nach vorübergehender Hyperämie, mitunter auch Quaddelbildung. Manche Herde sind von einem hyperämischen Hof umgeben. In späteren Stadien kommt es auch zu Texturveränderungen und vermehrter Resistenz, die aber auch fehlen kann. Einzelne Herde zeigen im Centrum Pigmentirung an der Peripherie weiter bestehende Hyperämie. Ein Herd findet sich auch an der Oberlippe.

Kaposi findet es auffallend, dass unter so vielen Herden keiner eine besondere Resistenz aufweist, die eigenthümliche speckige Farbe sichert jedoch die Diagnose.

K. hat in den letzten Tagen eine ausgebreitete Sclerodermie bei einem 75jährigen Manne gesehen. Das ganze Abdomen bis an die Magengrube war starr, was die Athmung behinderte. In so hohem Alter und überdies bei einem Manne ist die Affection ein seltenes Vorkommniss.

S. Kohn demonstrirt ein pustulöses Syphilid mit der seltenen Localisation am Unterschenkel. Es schwindet unter der Allgemeinbehandlung mit Sublimatinjectionen.

Ehrmann demonstrirt einen Fall von Lupus papillaris, der sich im Anschluss an eine fungöse Tendovaginitis am Dorsum der Hand entwickelte, die mit Incision und Excochleation behandelt wurde.

Kaposi glaubt nicht an ein Fortschreiten des fungösen Processes auf die Haut, er glaubt eher, dass Lupus schon bestanden habe und die Erkrankung auf die Sehnen übergriff. Das kommt öfter vor.

Lang hat im Gegensatz zu Kaposi öfter gesehen, dass von tiefliegenden Herden namentlich Lymphdrüsenaffectionen der Process auf die Haut übergriff.

Neumann hat ebenfalls bei Kindern oft nach Lymphdrüsenerkrankungen und Scrophuloderma in der Peripherie der Narben Knötchen von Lupus auftreten gesehen. Daraus wurde seinerzeit auf einen Zusammenhang von Lupus mit Tuberculose geschlossen.

Neumann demonstrirt:

1. Eine 50jährige Bauersfrau mit ausgedehnten Gummanarben an der Brust und am Rücken, dieselben sind mehr als doppelt flachhandgross, nicht wie sonst buchtig, sondern gradlinig begrenzt, bloss gegen die Medianlinie des Rückens ist der Rand etwas serpiginös. Die Narben sind braunroth, die Haut verdünnt, glatt von erweiterten Venen durchzogen. Recente Knoten finden sich nirgends. Ueber den Zeitpunkt der Infection und frühere Erkrankungen ist nichts zu eruiren. Drei Kinder starben im Alter von wenigen Wochen. Patientin wurde bereits vor dem Spitalseintritt mit Jodkalium behandelt.



Anknüpfend bemerkt N., dass auch bei der sogenannten endemischen Syphilis in Bulgarien, Rumänien, Serbien, Bosnien, wie er sie anlässlich seiner Reisen in Bosnien zu sehen Gelegenheit hatte, vorwiegend tertiäre Formen der Haut vorkommen, die oft grosse Hautstrecken einnehmen, ja auch das ganze Integument in ein Narbengewebe umwandeln können. Es kommt zu ausgedehnten Destructionen der Nase, narbiger Schrumpfung der Gesichtshaut, der Schleimhaut, des Gaumens und Rachens und zu Verwachsung derselben. Die Infection kommt meist extragenital zu Stande in Folge des Zusammenlebens vieler Personen in engen Wohnungen, gemeinsamen Gebrauches der Trinkgeschirre. Die mangelhafte Nahrung, das Fehlen jeder Behandlung, in anderen Fällen der Missbrauch mit dem Quecksilber erklären die Schwere der Fälle. Die derzeit eingeleiteten sanitären Einrichtungen haben jedoch bereits segensreich gewirkt.

2. Ein 11jähriges Mädchen mit Lupus vulgaris an der Nasenspitze und Wange in Form guldengrosser Herde, die bei der Aufnahme mit trockenen Borken belegt waren. Das knorpelige Septum ist zerstört.

3. Einen Fall von Dermatitis papillaris capillitii am Nacken mit gleichzeitiger Sycosis an der Oberlippe und chronischem Erysipel der Gesichtshaut. Es findet sich an der Nackenhaargrenze ein queres wulstförmiges Infiltrat, das im Centrum weicher, in der Peripherie derber ist und daselbst auch schrottkorngrosse, derbe Knötchen eingesprengt enthält, die von Haaren durchbohrt sind. An der Oberfläche finden sich mehrfach mit Eiter gefüllte Pusteln. Das Leiden besteht nach der Angabe des Patienten seit einem Jahre.

Ullmann hat 6 ähnliche Fälle gesammelt, aber keinen gefunden, bei dem auch Sycosis an der Oberlippe vorhanden war. U. ist von der vor 3 Jahren geäusserten Anschauung, dass es sich bei dieser eigenthümlichen Affection am Nacken um eine Infection mit einer specifischen Bakterienart handle, abgekommen. Bei seinen Untersuchungen hat er jedoch nie etwas anderes als Staphylococcus aureus und albus, selten auch Streptococcus gefunden. Bisher ist nicht sichergestellt, wodurch die primäre Induration bedingt sei. Das Experimentum crucis wäre durch zwei Versuche zu erbringen. Es wären Pusteln vom Nacken auf andere Körperstellen zu verpflanzen, um zu sehen, ob sie sich auch da induriren. Das wurde niemals beobachtet.

Schiff meint, es müsste auch nachgewiesen werden, dass bei Impfung am Nacken immer Induration zu Stande kommt.

Neumann ist von der parasitären Natur der Affection nicht überzeugt, man beobachtet mitunter solche papilläre Wucherungen nach Traumen. Es finden sich darin ganze Büschel von Haaren, die aus einer Oeffnung hervorragen. Dass gerade die Staphylococcen die Erreger der Affection sein sollen, ist nicht erwiesen, Staphylococcen sind ja überall zu finden.

Spiegler meint ebenfalls, dass ein Beweis nur erbracht wäre, wenn es gelänge die Affection durch Bakterien zu erzeugen. Er erinnert an den von ihm vor 3 Jahren gemachten Befund von eigenthümlichen Stäbchen von 3—4 μ Länge, ohne diese als eigentliche Erreger der Krankheit bezeichnen zu wollen.

Ullmann hat die von Spiegler gefundenen, als Cladotricheen bezeichneten Stäbchen nicht finden können. Gegenüber Neumann betont er, dass er die Staphylococcen in bedeutender Tiefe im Gewebe gefunden habe. Gegenüber Schiff erwähnt er, dass er den zweiten von Schiff geforderten Theil des Versuches, nämlich die Impfung am Nacken bisher nicht ausgeführt habe, da er nicht den Muth hatte, eine so hartnäckige Affection zu erzeugen. Nur einmal erzeugte er in der nächsten Umgebung des Herdes Pusteln, die alle nach etwa 3 Wochen indurirten.

Neumann stellt Ullmann den demonstrirten Patienten zu diesbezüglichen Versuchung zur Verfügung.

Kaposi steht noch immer auf dem Standpunkt, den er 1869 in der Frage einnahm. Gegenüber Ullmann möchte er betonen, dass bei dieser von ihm Dermatitis papillaris capillitii bezeichneten Affection die Eiterung durchaus nicht wesentlich, sondern ganz zufällig sei. Es handelt sich hauptsächlich um eine frühzeitige Umwandlung des entzündlichen Infiltrates zu sclerotischem Bindegewebe. Die Haare werden durch das Bindegewebe einfach mechanisch aneinander gepresst und bilden so Büschel. K. nimmt ebenfalls specifische Krankheitserreger an glaubt aber nicht, dass es die gewöhnlichen Eitercoccen sind.

Ullmann hat selbst zugegeben, dass er sich über die Ursachen der Induration noch nicht im Klaren ist. Er hat jedoch auch in Knötchen, die makroskopisch keine Eiterung zeigten, Staphylococcen gefunden.

Neumann demonstrirt einen 28jährigen Taglöhner mit seit 8 Tagen bestehendem Erythema und Herpes Iris an den Streckflächen der oberen und unteren Extremitäten, jedoch auch an den Beugeflächen, zumal an den Handtellern in Form linsengrosser Efflorescenzen mit den bekannten Farbennuancirungen. Ferner ist die Mundschleimhaut befallen. An der geschwellten Unterlippe, ferner am Gaumen und an der Backenschleimhaut confluirende, speckig belegte, syphilitischen Papeln ähnliche Efflorescenzen.

Rille demonstrirt:

1. Einen 26jährigen Kranken mit Psoriasis vulgaris. Bemerkenswerth ist, dass der Kranke angibt, vor drei Monaten noch vollständig gesund gewesen zu sein, was mit Rücksicht auf die universelle Verbreitung und die zu grossen Plaques confluirten Efflorescenzen wenig wahrscheinlich ist. P. erhält versuchsweise Natrium kakodylicum, A. $(CH_3)_2 ONa$. Die Kakodylsäure (mit 54% Arsengehalt) wurde bereits vor 2 Decennien von Jochheim an Stelle der gebräuchlichen Arsenpräparate zur therapeutischen Anwendung empfohlen, vermochte sich jedoch wegen des unangenehmen Geruches, der sich der Exspirationsluft, dem Harne und Schweiss der Kranken mittheilt, nicht einzubürgern. Vor



Kurzem hat wieder Danlos das Natriumsalz bei Psoriasis empfohlen. Der Kranke erhielt bisher 8 Injectionen (1·0 : 10·0 Aq. dest.), welche reizlos vertragen wurden.

2. Den bereits am 24. März vorgestellten Kranken mit ausgedehntem Lupus vulgaris des Gesichtes und Halses. Die damaligen Veränderungen betrafen mehr als das halbe Gesicht. Das Leiden bestand seit 35 Jahren; 1863 bereits lag P. mit einem kleinen lupösen Infiltrate der Wange auf der Hebra'schen Klinik, 1893 durch 4 Monate gleichfalls an der dermatologischen Klinik. Am 28. März wurde vom Vortragenden in der Narcose die Excochleation des Lupus auf einmal vorgenommen, bloss an den Augenlidern wurden, um Ectropium zu verhüten, kleine Herde belassen und erst vor 5 Tagen mit dem scharfen Löffel entfernt. Zunächst wurde Jodoform und dann, noch bevor die Granulationsbildung allzu reichlich sich einstellte, Lapissalbe applicirt, ausserdem (nach Cocainbepinselung) täglich mit starker Argentumlösung geätzt. Bis auf eine sichelförmige, flach granulirende Stelle an der linken Wange ist gegenwärtig alles übernarbt. An den meisten Stellen ist die Narbe glatt, weich und elastisch, bloss links, wo die Wundfläche am ausgedehntesten war, etwas derb. Vor Allem spricht aber für die gute Beschaffenheit der Narbe, dass trotzdem der Lupus bis an den Lidrand sich erstreckte, kein Ectropium aufgetreten ist. Am Halse, wo 3 guldenstückgrosse Herde vorhanden waren, sind die Narben zart, kaum auffindbar.

Zweifellos ist die Excochleation eine der besten Methoden der Lupusbehandlung und jedenfalls der Thermocauterisation vorzuziehen, da sie viel schonender ist und bloss das kranke Gewebe entfernt; ausserdem kann bei der Behandlung mit dem Paquelin leicht durch die Verschorfung, die manchmal zu tief, manchmal zu oberflächlich ist, krankes Gewebe der Wahrnehmung und operativen Entfernung entgehen. Auch die in kosmetischer Beziehung so ausgezeichneten Resultate der Lapisstiftbehandlung von Hebra beruhen in erster Linie auf einfach mechanischer Entfernung der lupös erkrankten Hautpartien. Massgebend für den Werth einer Methode ist freilich nur das Ausbleiben von Recidiven. Man muss eben trachten Alles zu entfernen und namentlich versprengte, einzeln stehende Knötchen für sich mit einem kleinen scharfen Löffel herauszuschälen. Tritt trotzdem ein Recidiv auf, das ja zunächst kein ausgedehntes sein wird, dann muss neuerdings geschabt werden. Unter etwa 15 in den letzten 2 Jahren von Rille so behandelten Fällen, hat sich noch keiner mit einem Recidiv vorgestellt.

3. Die bereits von Popper demonstrirte Kranke, bei welcher Lang wegen eines am Introitus vaginae befindlichen Geschwüres die Transplantation nach Thiersch vorgenommen hatte. Bei der Demonstration am 27. Januar war das Geschwür bis auf eine linsengrosse Stelle überhäutet. Die Kranke befindet sich seitdem das zweite Mal bereits an der Klinik Neumann und zeigt der nunmehr halbkreuzergrosse Substanzverlust noch immer keine Heilungstendenz.



Lang meint, dass es von Vortheil wäre, die verschiedenen Behandlungsmethoden für den Lupus zu prüfen, da die radicale Excision nicht in allen Fällen anwendbar ist. Doch darf man sich nicht damit begnügen, zu constatiren, dass die Kranken nicht mit Recidiven wiedergekehrt sind, sondern müsste trachten, die Patienten im Auge zu behalten, um den Erfolg der verschiedenen Methoden wirklich beweisen zu können.

Das gummöse Geschwür an der Vagina war abgeschabt und dann nach Thiersch gedeckt worden, die Heilung war nach 3 Wochen eine vollständige. Wenn gegenwärtig ein Recidiv da ist, so fällt dies nicht der Operation zur Last. Es wäre auch jetzt wieder eine Deckung durch Transplantation zu versuchen.

Lang demonstrirt ein serpiginöses Syphilid an der crena ani nebst ostitischen Auflagerungen an der Tibia und einer Bursitis serosa des Semitendinosus oder Semimembranosus in Form einer fluctuirenden Geschwulst in der Kniekehle. Aehnliche Schleimbeutelentzündungen wurden schon öfter bei der ersten Eruption der Lues beobachtet.

Kaposi demonstrirt:

1. Einen ausgebreiteten Lupus des Gesichtes, bei dem das Kochin in seiner neuen Form erprobt werden soll.

2. Einen typischen Fall von Lichen ruber planus mit schönen Knötchen an den oberen, den unteren Extremitäten, wie auch am Stamme. Einzelne sind in Form von Striemen angeordnet, was auf Kratzen zurückzuführen ist, nicht auf den Verlauf der Nerven.

Sitzung vom 2. Juni 1897.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Hebra demonstrirt einen kindlichen Cadaver mit diffusem Keratom. Diese Affection wurde von vielen Autoren, auch von F. Hebra, als seborrhoische Incrustation angesehen. Es dürfte sich um eine in den 4. Embryonalmonat fallende mächtige Verhornung der Epidermis handeln. Diese hat nicht ihre normale Elasticität, reisst an vielen Stellen ein, die später zum Theil wieder mit Epidermis bekleidet werden. Doch sieht man die dadurch bedingte Felderung; die tieferen Furchen entbehren der Haare. Dass es sich nicht um Seborrhoe handelt, beweist schon der Umstand, dass um die Zeit, in welche der Beginn der Erkrankung fällt, Talgdrüsen noch nicht vorhanden sind.

Ein ähnliches Kind sah Hebra vor 15 Jahren an der Abtheilung Monti. Unter einer Behandlung mit einer Mischung von Ol. Lini und Aqua Calcis stellte sich wieder ganz normale Epidermis her. Das demonstrirte Kind war auch sonst in schlechtem Ernährungszustande und konnte nicht erhalten werden.



Kaposi erwähnt, dass ähnliche Fälle oft mit Hemmungsbildungen verschiedener Art combinirt sind. Es gibt gewiss zwischen dieser Erkrankung und der Ichthyosis sebacea Uebergänge.

Lang hat dieselbe Affection bei einem Geschwisterpaar in Innsbruck gesehen und bei der Naturforscherversammlung in Strassburg publicirt. Manche Stellen der Extremitäten waren durch die dicke Epidermislage wie abgeschnürt, die Lippen und Augenlider nicht schlussfähig, die Ohren in der Entwicklung zurückgeblieben.

Hebra betont nochmals den Unterschied der Affection von der Seborrhoe; bei dieser besteht keine Felderung.

Kaposi meint, dass es gewiss Uebergänge zwischen den Affectionen gibt. Es handelt sich wahrscheinlich immer um Hemmungsbildungen verschiedener Organe nebst excessiver Wucherung der Epidermis.

Kaposi demonstrirt eine 34jährige Patientin, die seit $3\frac{1}{2}$ Jahren an multiplen Haemorrhagien leidet. Sie zeigt jetzt flohstich- bis kreuzergrosse Haemorrhagien, das Zahnfleisch nicht gleichmässig betheiligt. Nie bestand Rheumatismus, die Herztöne sind normal. Allgemeine Purpura, die so lange andauert, ist etwas Seltenes, die rheumatischen Formen werden öfter recidivirend gefunden.

Schiff demonstrirt mit Rücksicht darauf, dass die Sitzung die letzte in diesem Semester ist, zwei Fälle, deren Beobachtung noch nicht abgeschlossen ist, die aber als Beitrag zur Phototherapie einige Wichtigkeit haben dürften. Schon gelegentlich der Demonstration des mit einem Naevus pigmentosus piliferus behafteten, mit Röntgenstrahlen behandelten Mädchens durch Dr. Freund wurde von ihm bemerkt, dass nun auch tiefere Dermatosen, speciell Cutisaffectionen zu therapeutischen Zwecken versuchsweise der Beleuchtung mit Röntgenstrahlen unterzogen werden würden.

Die an den zwei demonstrirten Fällen gemachten Erfahrungen sind besonders lehrreich. Es handelt sich in beiden Fällen um Lupus vulgaris.

Der erste Fall betrifft ein 14jähriges Mädchen, welches seit dem dritten Lebensjahre an einer lupösen Affection an der Haut des linken Vorderarmes leidet. Daselbst bestand zur Zeit der Aufnahme in der grösstentheils narbigen Haut Lupus disseminatus exfolians exulcerans.

Das Mädchen wurde 1891 auf der Billroth'schen Klinik der Koch'schen Tuberculinbehandlung erfolglos unterzogen.

Die lupös erkrankte Hautpartie nun wurde der Beleuchtung mit den Kathodenstrahlen ausgesetzt, in der Hoffnung, den Einfluss derselben zur Beseitigung des in der Tiefe bestehenden Processes auszunützen. Die im Gesicht und an Stellen, deren Exposition unerwünscht war, durch Bleiplatten geschützte Patientin wurde gegenüber der ausserordentlich reichliches Röntgenlicht aussendenden Focusröhre derart postirt, dass die meisten Kathodenstrahlen aus einer Entfernung von 15—20 Cm. auf die Lupusherde auffielen. Die tägliche Expositionsdauer betrug 2 Stunden. Am zehnten Tage zeigte sich die erste Reaction. Die exponirte Hautpartie wurde geröthet, besonders in der Umgebung der lupösen Infiltrate



pastös geschwellt, unter den Krusten sickerte reichliches Secret hervor. Gleichzeitig fielen sämmtliche Lanugohärchen aus. In den nächsten Tagen fielen die Krusten spontan ab und die Lupuspartien präsentirten sich als flache, etwas torpide, scharf begrenzte Geschwürsflächen, deren jede einen deutlichen rosigen Hof zeigte. Die Geschwüre reinigten sich während der nächsten Beleuchtungsperiode ohne irgend welchen therapeutischen Eingriff, ihre Basis war lebhaft roth granulirend und innerhalb derselben konnte man deutlich einzelne grauliche, opake, stecknadelkopfgrosse, wärzchenartige Gebilde unterscheiden. Auf dieser Höhe der Reaction, also nach 19 Tagen, wurde die Beleuchtung unterbrochen.

In den folgenden Tagen fielen unter unseren Augen diese Wärzchen heraus und an deren Stelle sah man scharf umschriebene 1—2 Mm. tiefe kreisrunde Substanzverluste, deren Rand ganz steil abfiel und die wie mit dem Locheisen ausgeschlagen schienen. Ebenso wie die lupösen Geschwüre zeigten die in der narbigen Haut des Vorderarmes eingesprengten discreten Lupusknötchen einen rosenrothen Hof. Die Knötchen selbst wurden turgescent und wir konnten an Stellen Knötchen constatiren, wo früher solche nicht wahrnehmbar waren. In den nächsten Tagen confluirten alle Höfe und die Epidermis des ganzen Vorderarmes und der Hand löste sich im Bereiche der belichteten Stellen blasenartig ab. Ungefähr in diesem Stadium wurde eine photographische Aufnahme gemacht. Beim Berühren und Reinigen der so veränderten Haut fielen die Knötchen in der Weise spontan heraus, dass an deren Stelle, ähnlich wie oben geschildert, Substanzverluste entstanden. Nach wenigen Tagen bot nicht nur die lupös veränderte Haut, sondern auch die narbige Partie das Aussehen einer ausgebreiteten reinen granulirenden Wundfläche dar.

Damit hatte die Reaction ihren Höhepunkt erreicht und es begann nach und nach der Ueberhäutungsprocess. Derselbe verlief anfangs ganz normal, nahm aber später einen ausserordentlich trägen Charakter an, so dass er jetzt nach $2^1/_2$ Monaten an Stellen, die gar nicht lupös verändert waren, noch nicht abgeschlossen ist. Zur Beschleunigung der Heilung wurde stellenweise oberflächliche Cauterisirung mit Lapis angewendet, sonst lediglich Jodoform oder Ichthyol. Gegenwärtig sind die Lupusgeschwüre und die Infiltrationen am Vorderarme glatt vernarbt. An der Beugeseite des Vorderarmes, **wohin die Röntgenstrahlen nicht gelangten**, da sie vom Knochen aufgehalten wurden, besteht das lupöse geschwürige Infiltrat mit zahlreichen Knötchen in der Umgebung noch unverändert fort.

Beim zweiten Fall handelte es sich, wie an Photographie und Moulage ersichtlich, um ein lindenblattgrosses, aus zahlreichen Lupusknötchen zusammengesetztes Infiltrat in der Kehlkopfgegend. Besonders auffallend war ein wallnussgrosses submentales Drüsenpaquet. Hier unterbrachen wir die Beleuchtung schon nach den ersten Reactionserscheinungen, die sich zunächst am vordersten Rande als ein rosenrother 1 Ctm. breiter Hof bemerkbar machten. Die Reaction klang aber nach Unterbrechung der Behandlung noch wochenlang in ähnlicher Weise wie beim ersten





Falle nach. Während dieser Zeit ging die Drüsengeschwulst etwas zurück, hat aber seitdem wieder etwas zugenommen.

Zur Vervollständigung dieser Versuchsreihe hielt es Schiff für geboten, den Einfluss der Röntgenstrahlen auf Reinculturen von Mikroorganismen zu beobachten. Auch diese Versuche sind nocht nicht abgeschlossen. In einem Falle scheint es, dass Tuberkelbacillen durch längere Belichtung in ihrer Virulenz Einbusse erleiden.

Die Entzündungserscheinungen und das Sichtbarwerden bis dahin nicht erkennbarer Lupusherde erinnern an die analoge Wirkung der Pyrogallussäure. Wie bei dieser macht sich die Entzündung in den reich vascularisirten Knötchen früher und auffälliger geltend als in den gefässärmeren Nachbartheilen, deshalb gelangen erstere früher zur Wahrnehmung. Der Knötchenausfall ist vielleicht so zu erklären, dass die Circulationsänderung in den Lupusknötchen Nekrose erzeugt, welcher eine Abstossung des nekrotischen Gewebes folgt.

Schiff enthält sich vorläufig jeder weiteren Schlussfolgerung und resumirt aus den mitgetheilten Beobachtungen Folgendes:

1. Die unbedingte allgemeine entzündliche Reaction.

2. Die specifische Reaction lupösen Gewebes auf Röntgenstrahlen, indem nicht manifeste Lupusknötchen durch die Belichtung sichtbar gemacht werden.

3. Die Röntgenstrahlen bewirkten in diesen Fällen Lockerung und Ausfall von Lupusknötchen.

4. Ein unmittelbares Abschwellen von infiltrirten Drüsen.

5. Längere Einwirkung der Röntgenstrahlen scheint eine Umwandlung von torpiden Geschwüren in lebhaft granulirende Wunden veranlasst zu haben.

Der Vortragende spricht Herrn Dr. Freund, der ihn bei den Beobachtungen wesentlich unterstützt hat, seinen besten Dank aus.

Kaposi gibt die zweifellose Reaction zu, möchte sie jedoch nicht mit derjenigen auf Pyrogallussäure vergleichen, die ja mortificirend wirkt, während hier eine Entzündung veranlasst wird, analog eher wie diese nach Injection der Koch'schen Lymphe beobachtet wird, eine Entzündung mit seröser Transsudation. Darauf ist auch das Sichtbarwerden der früher nicht manifesten Knötchen zurückzuführen.

Schiff erwähnt noch, dass auch Professor Weichselbaum die Meinung äusserte, es müssten nicht die Kathodenstrahlen destruirend auf das tuberculöse Gewebe wirken, auch die dadurch erzeugte Entzündung könne zerstörend auf die Bacillen einwirken. Die Analogie mit der Pyrogallussäure bestehe nur in der electiven Wirkung, die Vergleichung mit der Wirkung der Koch'schen Lymphe sei in der That zutreffender.

2. demonstrirt Schiff einen Fall von Eczema mycoticum mit gleichzeitiger Seborrhoe am Kopfe, das seit einem Jahre besteht.

Kaposi bezeichnet die Affection als Lichen scrophulosorum. Die Kreisformen entstehen durch Confluenz der kleinsten Herde.



Lang demonstrirt einen Initialaffect am rechten grossen Labium eines kleinen Kindes. In der rechten Leistenbeuge sind auch Drüsen zu tasten. Bei der Mutter des Kindes finden sich Zeichen von Lues an den Tonsillen, an den Labien pigmentlose Stellen. Ein Findling, der zu der Familie gesund aufs Land gegeben wurde, kam syphilitisch von dort zurück. Die Affection dauert erst 6 Wochen, die Verallgemeinerung ist also erst abzuwarten.

Dr. S. Kohn macht eine Mittheilung über ein interessantes Krankheitsbild, welches er in den letzten 3 Wochen bei den 3 Kindern des Advocaten Dr. W., welche noch bettlägerig sind, zu beobachten Gelegenheit hatte.

Das jüngste, 5 Jahre alte Kind Hilda und der 6jährige Paul erkrankten Mitte März an Tussis convulsiva. Der Keuchhusten war bereits erloschen, als am 9. Mai die 8jährige Marianne nach vorangehendem sehr heftigen Fieber und Catarrh-Erscheinungen an Morbillen erkrankte. Das Exanthem erschien zuerst im Gesichte, auf der Stirn und Schläfe. Dabei Steigerung der Catarrh-Erscheinungen, sowie häufig sich einstellende Anfälle von Tussis convulsiva. Am nachfolgenden Tage (10. Mai) hatte das Exanthem den Hals, Hinterkopf, Stamm und Schultern ergriffen. Am selben Tage Nachmittags konnte gleichzeitig eine diffuse Scharlach-Röthe in der Inguinalgegend, am Oberschenkel, Hand- und Fussrücken constatirt werden. Das Kind klagte über heftige Halsschmerzen und Schlingbeschwerden.

Am nächstfolgenden Tage (11. Mai) war bereits ein deutliches Scharlach-Exanthem und eine sehr schwere Angina diphteritica zu beobachten. Der pro consilio zugezogene Herr Prof. Monti bestätigte das Vorhandensein von Morbillen, Scharlach, Nasen- und Hals-Diphtherie, und war mit Rücksicht auf die Schwere der letztgenannten Erkrankung mit der Vornahme einer Serum-Injection einverstanden. In den folgenden Tagen nahmen sowohl die localen als die allgemeinen Erscheinungen ab. Dafür stellten sich profuse beiderseitige Otorrhoe sowie heftige Anfälle von Tussis convulsiva ein, welche Krankheits-Erscheinungen noch durch die am 13. Mai hinzugetretene Parotitis vermehrt wurden. Letztere Erscheinung war nach 7 Tagen geschwunden. Statt dessen aber trat als weitere Complication des Scharlachs Albuminurie auf.

Heute am 2. Juni befindet sich das Kind mit Rücksicht auf die wesentlich gebesserte Otorrhoe, die mässiger auftretenden Keuchhustenanfälle sowie die Verminderung des Albumer auf dem Wege der Genesung.

Am 16. Mai erkrankte der 6jährige Paul an Scharlach (6 Tage später als dessen Schwester Marianne). Am 3. Tage der Erkrankung trat gleichfalls eine schwere Rachen-Diphtherie auf, sowie eine wesentliche Zunahme des bereits schon nahezu geschwundenen Keuchhustens. Es wurde wegen stenot. Erscheinungen eine Serum-Injection ausgeführt. In den folgenden Tagen trat Abnahme der örtlichen und allgemeinen Erscheinungen ein. Am 23. Mai, also 7 Tage nach der Erkrankung, traten



unter Fieber und catarrh. Erscheinungen der Conjunctiven und der oberen Respirationswege, Morbillen im Gesichte auf, welche am nachfolgenden Tage den ganzen Körper occupirten. Gleichzeitig damit wurde Otorrhoe und eine wesentliche Zunahme der Keuchhustenanfälle beobachtet. Nach weiteren 3 Tagen war das Exanthem geschwunden und ist der Kranke bis auf den in Abnahme begriffenen Keuchhusten und mässige Otorrhoe gleichfalls auf dem Wege der Heilung.

Das jüngste Kind, die 5jährige Hilda, erkrankte am 20. Mai an Morbillen. Gleichzeitig stellte sich der nahezu geheilte Keuchhusten in heftiger Weise wieder ein. Dieses Kind wurde von Scharlach nicht ergriffen, da es bereits im Vorjahre diese Infections-Krankheit überstanden hatte.

In Anbetracht des fast gleichzeitigen Auftretens zweier acuter Exantheme (Masern und Scharlach) bei dem ältesten Kinde, sowie der entgegengesetzten Reihenfolge der bald aufeinander folgenden Exantheme bei dem jüngeren Kinde (Scharlach und Masern), des Ausfalles des Scharlachs beim jüngsten Kinde (immun), sowie der vielfachen Complicationen des Scharlachs und der Recidive des Keuchhustens, dürfte das hier kurz scizzirte Krankheitsbild des Interesses nicht entbehren.

Lang demonstrirt ein Kind mit Lupus vulg., bei dem die linke Tonsille fehlt, der linke Gaumenbogen tiefer steht und theilweise durch Narbengewebe ersetzt ist. Die Veränderungen sind ähnlich wie bei Lues. Es dürfte sich um Lupus bei einem hereditär luetischen Kinde handeln.

Verhandlungen des Vereines ungarischer Dermatologen und Urologen.

Sitzung vom 19. November 1896.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Basch.

1. Schwimmer: Lupus und Erysipelas. M. M., 14 Jahre alt, Eltern und Geschwister leben und sind gesund. Das Leiden besteht seit den frühen Kinderjahren. Bei der Aufnahme in das Spital (vor 1 Jahr) waren die rechtsseitigen Submaxillardrüsen aufgebrochen und an diesen Stellen mit torpiden Wucherungen, belegte viel Eiter secernirende Geschwüre mit aufgeworfenen Rändern sichtbar. Ausserdem befanden sich ebenfalls torpide Gewebswucherungen, wie wir dies bei Lupus hypertrophicus sehen, an dem oberen Theile der rechten Schläfe, an beiden Wangen und hinter dem linken Ohr; am Nasenrücken, an den Nasenflügeln und in deren Nachbarschaft sah man ulceröse Processe, welche nachher ebenfalls zu Gewebswucherungen führten, und in Folge dessen die Nasendifformität entstanden ist.

Status praesens: Die übrig gebliebenen Theile des Nasenrückens und der Nasenflügel und die angrenzenden Hautpartien sind zu rothen, harten Narbengeweben umgewandelt; die Ränder sind rechts verdickt und mit dunkelrothen Knötchen besetzt, über welchen stellenweise das Epithel fehlt. An der linken Wange sieht man neben älterem Narbengewebe aus dem Niveau der Haut sich erhebende frischere Vernarbungen; ähnliche, jedoch vom Epithel entblösste Gewebe sieht man unter dem linken Ohr. Unter dem rechten Unterkiefer bildeten sich an den Stellen der aufgebrochenen Drüsen streifenartige, mit dünnen Epithelschichten bedeckte Ueberwucherungen.

Kurz nach Aufnahme auf die Abtheilung bekam Pat. einen Gesichtsrothlauf, dessen Verlauf am lupösen Leiden keine Veränderungen hervorbrachte.

2. Schwimmer: Primäres syphilitisches Mandelgeschwür.

L. K., 14jähriger Student, kam vor 3 Wochen wegen einem im Entwicklungsstadium sich befindlichen Exanthem und wegen eines Halsleidens in ärztliche Behandlung. Zu dieser Zeit entdeckte nämlich die Umgebung an der Stelle der rechten Tonsille (beide Tonsillen waren vor



einem Jahr operativ entfernt) ein Geschwür und eine beträchtliche Vergrösserung der rechten Submaxillardrüsen.

Status praesens: In dem rechten Nasenloch sieht man an der rechten Seite des Septum nasi ein Geschwür, welches mit Krusten bedeckt, und dessen Basis knorpelartig verhärtet ist. Augenscheinlich war dies die Primärläsion, während das an der Stelle der rechten Tonsille sich entwickelte pfenniggrosse mit speckigen Wucherungen bedeckte Geschwür gewiss durch Uebertragung (durch das Nasensecret) entstanden ist. Das Exanthem ist Roseola syphilitica.

Justus unternahm Blutuntersuchungen, welche ein negatives Resultat zeigten, insoferne die eingeleitete Inunctionscur keine Verminderung des Hämoglobins zur Folge hatte. Justus ist der Meinung, dass das Resultat deshalb negativ ausgefallen sei, weil die Symptome zur Zeit der Untersuchung schon im Rückbildungsstadium waren und theilweise gänzlich geschwunden waren.

Marschalkó hält die Diagnose der extragenitalen Syphilisinfection für sehr erschwert, wenn noch keine secundären Symptome vorhanden sind. Während seines Aufenthaltes im Auslande beobachtete M. 7 ähnliche Fälle, von denen zwei als Carcinom diagnosticirt wurden. Bei dem einen Patienten wurde das Geschwür auf Grund obiger Diagnose exstirpirt und Patient starb in Folge der Operation. Beim anderen Falle war schon der Tag der Operation fixirt; Patient bekam jedoch noch zur rechten Zeit eine secundäre Eruption, so dass man dann selbstverständlich von der Operation Abstand nahm.

Basch erwähnt bezüglich der Aetiologie einen Fall, wo Patient wohl am Penis, jedoch in Folge eines Coitus praeternaturalis (per os) eine Sclerose acquirirte. Vor kurzer Zeit hatte er auch Gelegenheit, eine syph. Sclerose des linken unteren Augenlides, ohne das secundäre Symptome schon vorhanden gewesen waren, zu diagnosticiren.

Török bemerkt, dass die extragenitale Infection bei Arbeitern sehr selten sei.

Vajda sah ein syphil. primär. Geschwür der Mandel, welches das kleine Mädchen vom syphilitischen Bruder acquirirte.

Nékám bemerkt, dass nach Barthelémy die Autoinfection um eine gewisse Zeit hindurch möglich sei, und fragt Schwimmer, wie viel Tage zwischen der Entwicklung der zwei Geschwüre vergangen seien. N. bemerkt ausserdem, dass Syphilisinfectionen hie und da auch ärztlichen Eingriffen ihr Entstehen verdanken.

Schwimmer ist der Ansicht, dass die Infection beider Stellen beinahe zu gleicher Zeit entstanden ist. Infectionen in Folge ärztlicher Eingriffe sind schon längst bekannt. Schwimmer hatte Gelegenheit, schon mehrere zu diagnosticiren, glaubt jedoch, dass ähnliche Fälle in Folge des Reinlichkeitssinnes der Aerzte immer seltener vorkommen.

Justus erwidert Nékám, dass Deutsch in einem Falle, wo er den Buboeiter 4 Wochen nach dem Auftreten der Sclerose (also nach



der angenommenen Incubationszeit) auf die Oberschenkelhaut überimpfte, an der Impfstelle eine charakteristische Sclerose erhielt.

Weiner (als Gast) beobachtete auf der Klinik Schwimmer's einen Fall von Tonsillenschanker an einem Techniker, welcher die Infection als Cunnilingens acquirirte.

3. Schwimmer: Lichen papulo-ödematosus wird von Schwimmer abermals vorgestellt. (Siehe October-Sitzung).

Sarbó (als Gast) sah den Kranken vor 2 Jahren auf Róna's Abtheilung und dachte an Paralysis progressiva. Dieser Tage untersuchte ihn Sarbó abermals und fand kein Symptom der Paralysis. Vom neurologischen Standpunkte betrachtet, macht S. folgende Bemerkungen: In der letzten Zeit sah S. mehrere Fälle, wo im Anfangsstadium der Paralysis Pruritus universalis zugegen war. Aehnliche Beobachtung fand S. bisher nicht in der Literatur, was S. darauf zurückführt, dass die betreffenden Kranken in diesem Stadium in der Behandlung von Dermatologen stehen, und erst nachher, wenn der Pruritus schwächer wird und die Paralysis stärker, kommt der betreffende zum Neurologen. S. beobachtet diesen Pruritus als corticales Symptom, entstanden durch einen Reiz der corticalen Zellen.

Török hält den Process für einen Pruritus mit consecutiven Hautläsionen.

Róna behandelte den Patienten vor 2 Jahren gegen Pruritus universalis. Zu dieser Zeit sah man einzelne ödematöse Papeln auf der Stirne. Róna stellte die Diagnose auf Pruritus universalis mit consecutiver Lichenification.

4. Deutsch: Demonstration von mikroskop. Präparaten: Ducrey-sche Bacillen im „Chancre mixte".

Die auf der Abtheilung des Prof. Schwimmer vorgenommenen Untersuchungen ergaben, dass im Eiter und in den durch Abschaben gewonnenen Gewebstheilen eines Chancre mixte die Ducrey'schen Bacillen in der typischen Form von rosenkranzartiger Anordnung en masse vorkommen. Dies ist schon der 5. Versuchsfall mit positivem Resultat, so dass dadurch die Rollet'sche Ansicht über die Möglichkeit des „Chancre mixte" eine Bestärkung erhält.

5. Feleki: Hydrocele communicans funiculi spermatici. Bei dem vorgestellten 17 Jahre alten Mann findet man in dem rechten Hodensack eine bald taubenei- bald wieder eine gänseeigrosse Geschwulst, welche Grössenveränderung Pat. seit seinen Kinderjahren bemerkt hat. Diese Abnormität befindet sich im Verlaufe des F. spermaticus, fluctuirt, ist durchscheidend, von den Hoden und Nebenhoden isolirt in einer eigenen Hülle und scheint gegen den Leistenring zu ganz abgeschlossen zu sein. Die ovoide Geschwulst zeigt in der Mitte eine circuläre Verengerung, wodurch die Geschwulst die Gestalt einer Sanduhr zeigt, deren beiderseitiger Inhalt frei communicirt. Diese Hydrocele funiculi spermatici ist deshalb interessant, weil dieselbe ihr Volumen tagsüber öfters verändert, jedoch geschieht diese Veränderung im Ver-



lauf von mehreren Stunden, also nur allmälig und langsam. Bald ist die Geschwulst ganz weich, schlaff, scheint kaum einige Gramm Flüssigkeit zu enthalten, bald wieder hart, gespannt, und verursacht in diesem Stadium dem Patienten beim Gehen Beschwerden, ja sogar Schmerzen. Obwohl hier eine Communication mit der Bauchhöhle evident ist, welche dem Offenbleiben des Processus vaginalis ihr Entstehen verdankt, wodurch in diesem Falle eine Communication mit extrainguinalem Theile besteht, so gelingt es uns doch nicht durch Druck auf die Geschwulst die Flüssigkeit in die Bauchhöhle zu drängen. Diese Fälle der Hydrocele communicans, wo der Communicationscanal sehr enge, manchmal nur haardünn ist, gehören zu den Raritäten und sind vom therapeutischen Standpunkte sehr wichtig in Bezug darauf, ob man hier eine nicht indifferente Operation vornehmen soll oder ob es möglich wäre, auf andere Weise abzuhelfen.

Feleki ist der Ansicht, dass man vorher versuchen müsste, ob man nicht durch das Tragen eines comprimirenden Suspensorium das Uebel ständig beseitigen könnte.

Alapy untersuchte den Pat. per anum, und fand zwar keinen Sack, wie dies bei der Hydrocele bilocularis vorzukommen pflegt, kann jedoch trotzdem letzteren Fall deshalb nicht ausschliessen, und ist der Ansicht, dass hier zur Beseitigung ein operativer Eingriff am zweckmässigsten sei.

Feleki untersuchte ebenfalls per anum und schliesst aus dem negativen Befund auf eine Hydrocele communicans. Auch spricht sich Feleki vorläufig gegen die Operation, nachdem dieselbe gefährlicher sei, als man im Allgemeinen annimmt.

6. Justus stellt von der Klinik des Prof. Schwimmer: Gumma syphiliticum nasi bei einem 25jährigen Manne vor, welcher vor 1½ Jahren Syphilis acquirirte; das Nasenleiden besteht seit 3 Wochen.

7. Justus: Erythema nodosum der unteren Extremitäten bei einem syphil. Individuum. Die vorgestellte 30 Jahre alte Frau bemerkt seit circa 3 Wochen die an beiden Unter- und Oberschenkeln aufgetretenen Knoten, welche erbsen- bis nussgross in und unter der Cutis localisirt, bläulich-röthlich gefärbt, consistent und auf Druck schmerzhaft sind. Vor einem Jahre ward dieselbe auf der Klinik wegen Syphilis in Behandlung. Gegenwärtig ist ausser einer geringen Angina kein syphil. Symptom vorhanden. Justus macht auf die Coincidenz des Erythema nodosum mit Syphilis aufmerksam und beruft sich auf Finger's Ansicht als auch auf mehrere ähnliche Fälle, die im Jahrgang 1895 u. 1896 des Annales de Dermat. et Syphil. publicirt wurden.

Die französische Schule unterstützt den Causalnexus der zwei Erkrankungen auf Grund der oft vorkommenden Coincidenz und auf Grund von Beobachtungen, nach welchen die Nodi im Verlauf den Charakter zerfallender Gummaten annehmen. Obwohl dieser Uebergang hier nicht zu sehen ist, hält J. die Möglichkeit der Lues als Ursache für nicht ausgeschlossen, in welcher Ansicht ihn auch der Umstand bestärkt, dass die



Nodi auf Verabreichung von JK. (seit einigen Tagen) sich rapid zurückbilden.

8. Aschner: Sclerosis syphilitica am Unterarm. Die 23 J. alte verheiratete Gy. St. meldete sich in der poliklinischen Ordination des Dr. S. Róna mit der Klage, dass sie seit 2 Wochen einen Ausschlag in der Schamgegend und am Körper habe. Vor 4 Monaten biss ihr die Nachbarin in den Arm. An dieser Stelle entstanden nach einigen Tagen 2 Bläschen, woraus später Geschwüre wurden. An der chirurg. Klinik wurde die Diagnose auf „Caro luxurians" gestellt, das Geschwür ausgekratzt, und in Folge dessen heilte dasselbe unter Jodoformverband. Pat. ist seit 2 Jahren verheiratet und hat ein gesundes Kind.

Status praesens: An der äusseren Fläche des unteren Drittel des linken Unterarmes befindet sich eine thalergrosse, scheibenartige, in der Mitte tellerartig vertiefte, knorpelharte, flache, kupferbraune Veränderung. Auf der Körperhaut Roseola, an den Schamlippen linsen- bis erbsengrosse Papeln, Mundschleimhaut intact, nur die Rachenschleimhaut stark injicirt. In der rechten Regio inguinalis eine haselnussgrosse Drüse. Wir haben also einen Fall von recenter Syphilis in Folge extragenitaler Infection entstanden vor uns. Auffallend ist es in diesem Falle, dass die cubitalen und axillaren Drüsen keine Vergrösserung erlitten.

Schwimmer erwähnt einen in letzter Zeit beobachteten Fall von schwerer Lues, wo im Drüsensystem ebenfalls keine Veränderungen vorhanden waren.

Havas sah ebenfalls solche Fälle.

9. Csillag (als Gast): Gonococcusculturen auf neuen Nährboden. Der von ihm im patholog.-anatom. Institute des Prof. Pertik dargestellte Nährboden besteht aus einem schwach alkalischen Menschenfleischglycerinagar. Das Menschenfleisch entnahm er noch nicht in Fäulniss übergangenen Cadavern. Die Versuche mit diesem Nährboden waren recht zufriedenstellende. Das untersuchte Material war sowohl dem männlichen als auch dem weiblichen Genitaltracte entnommen, die Infectionszeit von 5 Tagen bis 3 Monaten, in allen Fällen u. zw. 47 an der Zahl, wurden die Gonococcen mikroskopisch nachgewiesen. Von diesen 47 Fällen gaben Strichculturen 29 (61·48%) positives, und 18 (38·52%) negatives Resultat. Er verglich nun die Impfungen mit anderen Nährböden, speciell mit Harnagar, Cystagar, Ascitesagar und Pfeifer'schen Blutagar und konnte constatiren, dass selbe dem Menschenfleischglycerinagar nachstehen, denn in mehreren Fällen ergaben die ersteren in derselben Zeit beschickter Nährböden ein negatives Resultat, auf letzterem gingen dennoch Gonococcenculturen auf. Die Fortimpfung von Nährboden auf Nährboden geschah in 36 Fällen u. zw. in 35 Fällen mit positivem Resultat; in einem Falle bis zur 10., in einem 2. Falle bis zur 14. Generation. Auch in dieser Hinsicht überflügelte das Menschenfleischglycerinagar die anderen Nährböden. Das Wertheim'sche Plattenverfahren versuchte er auch mit obigem Nährboden in einigen Fällen von acuter Urethralgonorrhoe, das Resultat war stets ein negatives.

S. Róna.



Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Mai 1897.

Vorsitzender: Lassar. Schriftführer: Joseph.

I. Lesser stellt einen Fall von Primäraffect der Zunge vor, welcher seinen Sitz an der unteren Fläche derselben hat. Unter 53 Fällen von Fournier ist kein einziger, welcher eine gleiche Localisation hatte. Die charakteristische Drüsenschwellung ist vorhanden. Was die Aetiologie anbetrifft, so ist sowohl eine directe Uebertragung durch einen Kuss als auch eine indirecte durch Trinken aus einem fremden Glase in diesem Falle möglich. Therapeutisch würde L. in einem derartigen Falle, bei welchem weitere Infectionen leicht möglich sind, eine specifische Cur einleiten, selbst wenn secundäre Erscheinungen noch nicht vorhanden sind.

II. Lesser stellt einen Fall von Leucoderma syphiliticum universale vor. Derselbe betrifft ein Mädchen, bei welchem sich die Affection am Halse, an den Achselhöhlen und auch am ganzen übrigen Körper findet, jedoch mit stärkerer Betheiligung der Prädilectionsstellen. Die Pat. ist im Februar dieses Jahres inficirt worden. L. kann sich nicht erinnern, bei einer Frau einen ähnlichen Fall schon gesehen zu haben.

III. Heller stellt einen 44jährigen Patienten mit syphilitischer Vergangenheit vor. Im Jahre 1890 hat derselbe die letzte antisyphilitische Cur gebraucht. Seit dieser Zeit hat sich eine Affection am linken Zungenrande entwickelt, welche sich im Laufe der Zeit verschlimmert hat und jetzt in Gestalt eines ziemlich grossen Tumors wahrzunehmen ist. Derselbe ist ulcerirt, hat aufgeworfene Ränder, zeigt einen missfarbigen Belag und schmerzt sehr bedeutend. Der Patient ist nebenbei Alkoholist und starker Raucher. Die mikroskopische Untersuchung hat ein Cancroid der Zunge ergeben. Bemerkenswerth ist in diesem Falle das langsame Wachsthum. H. will die Operation anrathen, trotzdem nach den statistischen Ergebnissen derartige Kranke im Durchschnitt nicht länger als 19 Monate nach der Operation leben.

H. hat einen zweiten, ähnlichen Fall behandelt, der ebenfalls einen Syphilitiker betraf. Eine zuerst aufgetretene Erosion heilte unter Jodkali.

Sehr bald stellte sich aber ein Cancroid des Zungenrandes ein, welches operirt wurde. Kurz nachher ist der Pat. gestorben. — Bei dem vorgestellten Pat. befindet sich auf dem Zungenrücken noch ein zweiter Tumor, welcher nicht ulcerirt ist und über dessen Genese und Diagnose sich H. nicht näher aussprechen kann.

IV. Ledermann stellt einen Patienten mit einer zweifelhaften Affection vor. Dieselbe besteht seit dem Jahre 1887 und begann mit heftigem Jucken am linken Bein, am inneren Condylus des Knies. Auf Arsenik, das L. verordnete, scheint eine Rückbildung der Affection eingetreten zu sein. L. möchte die Diagnose auf Lichen ruber stellen, trotzdem er Lues nicht ausschliessen kann.

V. Blaschko stellt einen Patienten vor, welcher an einem typischen Lichen beider Vorderarme leidet, der mit Jucken nicht verbunden ist. Im Januar dieses Jahres kam Patient mit mehrfachen syphilitischen Symptomen in B.'s Behandlung, nachdem er schon vorher eine Cur durchgemacht hatte. Die Erscheinungen schwanden unter Injectionen, während sich die Affection an den Armen noch stärker ausbildete. Das Aussehen des Exanthems gleicht einem dolden- oder traubenförmigen Syphilid. Die Frage, ob es sich um einen Lichen syphiliticus oder um einen Lichen bei einem Syphilitiker handelt, ist nicht zu entscheiden.

VI. O. Rosenthal stellt einen Fall von syphilitischer Alopecia universalis vor. Nicht nur das Kopfhaar, sondern auch die Augenbrauen und Schamhaare sind zum grossen Theile ausgefallen. Auf dem Kopf ist das charakteristische Bild der specifischen Alopecie in arcis vorhanden. Pat. hat sich im letzten Monat des vorigen Jahres inficirt, ist aber noch nicht behandelt worden. Auch in diesem Falle ist wie bei allen ausgebildeten specifischen Alopecien eine ausgesprochene Seborrhoe des Kopfes vorhanden.

VII. Isaac stellt eine Kellnerin vor, welche vor 2½ Jahren inficirt wurde und welche jetzt an einer specifischen Alopecia universalis leidet, die sich an den verschiedensten Regionen des Körpers ausgebildet hat.

VIII. S. Kaliocher stellt aus der Joseph'schen Poliklinik eine 53jährige Hebamme vor, die vor 12 Jahren die ersten Erscheinungen der Tabes darbot und jetzt das ausgeprägte Symptomenbild dieser Krankheit zeigt. Sie hat vor 30 Jahren ungefähr 3mal abortirt; damals muss auch eine syphilitische Infection erfolgt sein. Pat. zeigt nämlich an beiden Vorderarmen ein weit vorgeschrittenes, tubero-serpiginöses Syphilid. Derartige Combinationen sind verschiedentlich beschrieben worden; auch sind Fälle bekannt, bei welchen das Rückenmark neben einer typischen Hinterstrangsclerose syphilitische Veränderungen aufwies. Der sog. infantile Tabes ist ebenfalls fast stets auf Lues cerebrospinalis, resp. hereditaria zurückzuführen. Auch die reflectorische Pupillenstarre ist ein Symptom, das bei Tabes und bei Syphilis auftreten kann. K. geht des Näheren auf die trophischen Störungen der verschiedenen Organe ein, um zu dem

Schluss zu gelangen, dass alle zweifelhaften Fälle ebenso wie die Frühstadien der Tabes ohne Schaden einer antisyphilitischen Cur zu unterziehen sind.

IX. Isaac stellt einen 72jährigen Patienten vor, welcher seit Jahren an einer Verengerung der Speiseröhre leidend, seit einem Jahr nicht mehr im Stande ist, feste Nahrung zu sich zu nehmen. In Folge dessen ist der Patient, der früher sehr kräftig war, ausserordentlich heruntergekommen. Vor ungefähr 1/4 Jahr traten zuerst auf der rechten Schulter ephelidenartige Flecke auf, die sich allmälig über Brust und Rücken ausbreiteten und sich immer tiefer färbten, bis sie sich, wie jetzt zu sehen ist, zum Theil in tiefschwarze, haselnussgrosse, in der Haut liegende Knoten verwandelten. Die frischen Efflorescenzen waren stets von heftigem Jucken begleitet. Diagnostisch konnte man nur, wenngleich verschiedene Symptome hiefür fehlten, an multiple Melanosarcome oder -Carcinome denken, oder man musste eine allgemeine Cachexie mit Blutdegeneration annehmen. Die vor einigen Tagen von Joseph und Meixner vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab einen eigenthümlichen, dem klinischen Status direct widersprechenden Befund. Keinerlei Tumor konnte constatirt werden, vielmehr bestand das ausgeprägte Bild einer chronischen Entzündung. In der oberflächlichen Hautschicht waren nur wenige, im Stratum spinosum reichliche Rundzellen zu finden. Im Stratum cylindricum war die Pigmentation keineswegs so stark, wie man sie beim Melanosarcom und wie man sie nach dem Befund beim Lebenden hätte vermuthen sollen; auch im Chorium war das Pigment nur in geringem Grade vorhanden. Das obere Drittel der Cutis zeigte eine ziemlich starke, aus mononucleären Leukocyten bestehende Rundzelleninfiltration. Mastzellen waren nur in geringem Grade aufzufinden. Neben den diffusen Infiltraten waren noch eine Reihe circumscripter Rundzellenanhäufungen vorhanden, welche am meisten dem bei der Tuberculose bekannten Bilde ähneln. Elastische Fasern waren vorhanden.

Meissner hat den Fall selbst heute zum ersten Male gesehen, dagegen die Präparate schon vorher mikroskopisch untersucht. Das Bild scheint dem einer Tuberculose am nächsten zu stehen, da neben den kleineren Rundzelleninfiltraten sich verdächtige Stellen finden, die M. für Riesenzellen ansprechen möchte. Er glaubt daher, dass es sich um einen tuberculösen Tumor des Oesophagus handelt, von dem aus sich eine Miliartuberculose der Haut entwickelt hat.

Blaschko meint, dass es sich um eine oberflächliche, lang andauernde Entzündung mit Pigmentbildung handelt. Die von Meissner für Riesenzellen angesprochenen Gebilde hält er für Gefässquerschnitte. Das Pigment sei ein reines Blutpigment, wie man es bei chronischen Entzündungen findet. Eine genaue Diagnose kann B. nicht stellen.

Joseph ist der Ansicht, dass es sich um die Entwicklung von melanotischen Tumoren handelt. Von Berger darauf aufmerksam gemacht,

möchte er den Fall möglicherweise als eine Acanthosis nigricans bezeichnen, bei welcher die Tumorenbildung erst später noch stärker auftreten wird.

Fürst fragt, ob bei der Urinuntersuchung, wie in solchen Fällen gewöhnlich, eine Schwarzfärbung gefunden wurde.

Isaac antwortet, dass der Urin stets normal und klar gewesen ist.

Berger erinnert sich an einen Fall von Acanthosis, den er in der Besnier'schen Abtheilung in Paris gesehen hat. Derselbe hatte gewisse Aehnlichkeit mit dem vorgestellten Fall, nur ist die Geschwulstentwicklung in viel zu geringem Grade vorhanden.

X. Plonski stellt aus der Lassar'schen Klinik ein 7jähriges Mädchen mit angeborner, sehr stark entwickelter Angiombildung der linken Wange vor. Wie gewöhnlich, wird auch hier die Ursache embryonalen Ursprungs sein.

XI. Plonski berichtet die Krankengeschichte einer 35jährigen Patientin, welche seit 5 Jahren an kleinen Tumoren der Haut leidet, ohne dass sie Beschwerden davon hätte. Die Geschwülstchen haben sich später wieder zum Theil spontan zurückgebildet. Die mikroskopische Untersuchung ergab das deutliche Bild von Hautfibromen. In den letzten 30 Jahren sind nur 2 Fälle veröffentlicht worden, in denen sich Fibrome von selbst resorbirt haben.

XII. Plonski stellt einen 70jährigen Patienten vor, welcher an einem Spindelzellen-Sarcom des Gesichts leidet. Dasselbe hat sich seit 15 Jahren entwickelt, nachdem der Pat. ein Trauma durch einen Holzsplitter erfahren hatte.

Lassar glaubt, dass es sich um ein Melano-sarco-carcinom handelt.

O. Rosenthal (Berlin).



Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Hereditäre Syphilis.

Mossalongo, R. Sifilide renale congenita. Archivio per le scienze mediche XIX. fasc 2. p. 215.

Massalongo beobachtete eine Nephritis interstitialis bei einem neugeborenen Kinde und bringt die histologische Beschreibung der Nieren. Das Kind stammte von einer Mutter, welche ihre Syphilis vor der Conception erworben hatte; es kam mit Hauterscheinungen am Genitale und den Schenkeln zur Welt und ging bald nach der Geburt unter den bekannten Erscheinungen einer schweren Nephritis zu Grunde. Die histologische Untersuchung der Nieren ergab: das Bindegewebe zeigt diffuse Sclerose, die Arterien bedeutende Endo- und Periarteritis; ein breiter Hof sclerosirten Bindegewebes umgibt die Arterien, so dass es das Lumen derselben häufig verunstaltet. Das Endothel erscheint gewuchert und thrombosirt oft das Lumen. Einzelne elastische Fasern sind erhalten. Spärlich finden sich parenchymatöse Hämorrhagien. Viele Malpighi'sche Glomeruli sind vom verdickten Bindegewebe zusammengedrückt, ihr Arteriennetz verunstaltet, und viele Gefässschlingen durch dichtes Bindegewebe miteinander vereint. Ebenso ist das Bindegewebe verdichtet, welches die Tubuli uriniferi umgibt. Hie und da sind die secretorischen Zellen degenerirt und das Lumen vieler Canälchen von granulirten oder hyalinen Cylindern verschlossen. Diese schweren Veränderungen der Nieren zeigen, dass die Erkrankung schon in einem sehr frühen Stadium der Entwickelung begonnen haben muss, wo diese Organe noch in Bildung begriffen waren. Ref. Dr. Spietschka (Prag).

Mounier. Localisations pharyngiennes rares dans la syphilis héréditaire tardive. Soc. franç. de laryngol. otol. etc. Sess. de 1896. Ref. in Gazette hebdom. de méd. et de chir. Nr. 43. 1896.

Mounier stellt drei Fälle von Gummabildung an der oberen Pharynxwand in Folge von Syphilis hereditaria tarda vor und betont, dass solche Affectionen erhebliche Schmerzen beim Schlingacte verursachen,



jedoch häufig in ihrem Wesen verkannt werden, da nur die Rhinoscopia posterior die richtige Diagnose stellen lässt.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Nobl, G. Riesenwuchs bei hereditärer Lues. Krankenvorstellung im Wiener medic. Club. Sitzung vom 12 Juni 1895. Offic. Protokoll in der Wiener med. Presse. Nr. 26. 1895.

Nobl zeigt aus der Abth. für Syphilis Lang's im Wiener allg. Krankenhause einen 26jährigen Mann mit Riesenwuchs und gleichzeitig mehreren Symptomen unzweifelhafter Lues hereditaria u. zw. kahnförmig eingesunkene Nase, Ulcerationen einzelner Schleimhautpartien bis zur stellenweisen Destruction der Knochen, zahlreiche strahlige Narben, Leukome beider Hornhäute, Taubheit eines Ohres, Albuminurie ohne andere Erklärung, mangelnde Bartentwicklung als Symptom des Infantilismus, endlich verschiedene positive anamnestische Momente im Leben der Eltern stellen die Diagnose sicher. Ausserdem hat Pat. aber ein ganz auffallendes Längenwachsthum der Diaphysen der langen Rohrenknochen nebst Auftreibungen der epiphisären Antheile des Hand- und Ellbogengelenkes und kolbige Auftreibungen der Endphalangen der Finger zu verzeichnen, die der Autor nach Analogie von Fällen partieller Hypertrophie der Knochen bei Syphilis (Lang, Smirnoff, Schmidt, Schede, Werner u. A.) auch auf die hereditäre Lues bezieht.

Ullmann.

Ogilvie. Un cas rare de syphilis héréditaire avec remarques sur la kératite interstitielle. La Francre médicale 1896. Nr. 20.

Ogilvie gibt die Krankengeschichte einer luetischen Familie. Unter 19 Graviditäten sind nur wenige ausgetragen worden; nur 7 Kinder blieben am Leben. Trotzdem die Mutter auf den einen Foetus Variola übertragen, ist sie von Lues freigeblieben, während letztere beim Vater bekannt ist. — Bei einem Kinde trat im zehnten Jahre Keratitis interstitialis auf. Ogilvie bespricht im Anschluss daran die Bedeutung dieses Symptoms für die Diagnose Lues hereditaria aus und glaubt nicht, dass man auf diesen Befund allein eine Lues zu constatiren berechtigt ist. Pinner (Frankfurt a. O.).

Post. Post-Conceptional Syphilis. — Boston Medical and Surgical Journal. 26. October 1896.

Post sucht die postconceptionelle Syphilis an der Hand von Beobachtungen zu erweisen, welche jedoch der Kritik in der Discussion nicht ganz Stand zu halten vermögen. Pinner (Frankfurt a. O.).

Pouzol, Henri. De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédo-syphilis. Thèse de Paris. Soc. d'éd. sc. 1894. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895, p. 246.

Pouzol erwähnt als Zeichen der hereditären Syphilis eine plötzliche progressive Gewichtsabnahme bei bis dahin völlig normal scheinenden, kräftigen ausgetragenen Kindern trotz genügender Nahrungsaufnahme



und ohne alle Verdauungsstörungen. Er empfiehlt eine energische Behandlung, bestehend in Mercurialeinreibungen und Van Swieten'schen Syrup, bis das Gewicht wieder zunimmt.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Régis. Deux cas de paralysie générale juvénile avec syphilis héréditaire. Contribution à l'étude des rapports de la paralysie générale et de la syphilis. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895 p. 368.

Nach einer kurzen Uebersicht der Litteratur über jugendliche progressive Paralyse kommt Régis zu der Behauptung, dass alle derartigen Fälle auf hereditärer Lues basiren, man müsse die Lues der Eltern nur zu suchen wissen. Als Beweis hierfür führt er die Krankengeschichten eines 17jährigen Mädchens und eines 18jährigen jungen Mannes mit Paralyse an. Bei den Vätern Beider konnte er Lues nachweisen und zugestanden erhalten; was aber noch überraschender war, ist der Umstand, dass auch beide Väter Zeichen von progressiver Paralyse (Zittern der Zunge und der Extremitäten, undeutliche Sprache, Ungleichheit und Reactionslosigkeit der Pupillen) zeigten; ja sogar auch die Mutter des einen Patienten zeigte Pupillenstarre und Ungleichheit. Verf. wirft zum Schluss die Frage auf, ob nicht hierbei auch an eine hereditäre Disposition zu denken sei. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Ripault, M. L'hérédo-syphilis infantile, manifestations pharyngo-nasales et laryngées. Thèse de Paris. Ref. in Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie Nr. 20. 8 Mars 1896.

Ripault weist auf die Verwerthbarkeit der Symptome von Seiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes zur Diagnose der hereditären Lues bei Kindern hin. Bei der Besprechung der einzelnen Affectionen betont R., dass dieselben keineswegs selten, sondern nur deshalb wenig bekannt sind, weil die Untersuchung der oben erwähnten Organe, namentlich des Kehlkopfes beim Kinde fast stets unterlassen wird.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Robinson, Tom. Notes and observations on a case of supposed delayed inherited syphilis. The Lancet 9. Novbr. 1895.

Robinson fand bei einem 36jährigen Manne eine Schwellung des linken Testikels von der Grösse eines Schafherzens. Die Schwellung war allmählig und schmerzlos entstanden. Die Epididymis war frei. Die Oberfläche des Testikels war glatt und birnförmig. Der Patient hatte nie Syphilis gehabt, war verheiratet und Vater von vier gesunden Kindern. Robinson fasste den Fall als Syphilis hereditaria tarda auf und Sir James Paget trat dieser Diagnose bei. Auf locale Anwendung von grauer Salbe und bei innerlichem Gebrauch von dreimal täglich je 5 Gr. Jodkali heilte die Schwellung in sechs Wochen, so dass nur ein ganz unbedeutender Grössenunterschied zwischen beiden Hoden nachweisbar war. Verf. meint, wenn hereditäre Syphilis sechs Jahre lang



latent bleiben könnte, so sei nicht einzusehen, weshalb nicht auch die Latenzperiode 36 Jahre betragen sollte.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Silex, P. Pathognomonische Kennzeichen der congenitalen Lues. Berliner klin. Wochensch. Nr. 7 u. 8.

Die häufigste Erkrankungsform der Cornea bei der hereditären Lues ist die Keratitis interstitialis, welche nach Sämisch in 62%, nach Horner in 64% der Fälle beobachtet wurden, an der Schweiger'schen Klinik in 83% der Fälle. Abgesehen von den bekannten, ohne Augenspiegel erkennbaren Augenkrankheiten (Iritis, Episcleritis etc.), welche nichts besonderes darbieten, verdienen die mit dem Ophthalmoskop erkennbaren Processe einiges Interesse. So treten Entzündungen und Atrophien des Sehnerven auf, ferner Chorioretinitiden. Doch sind diese Processe nicht für Syphilis pathognomonisch. Nur die sogen. Chorioiditis areolaris, bei welcher es sich handelt um atrophische Heerde in der Chorioidea und Pigmentwucherungen, von dem Stromapigment und dem Pigmentepithel ausgehend, unter Mitbetheiligung der Retina, soll für Syphilis charakteristisch sein. Findet sich bei einem Individuum bis zum 15. Jahre dieses charakteristische Spiegelbild, dann handelt es sich immer um Lues congenita. Bezüglich der sogen. Hutchinson'schen Zähne, unter welchem Namen nach des Verf. Meinung, auch die verschiedensten, nicht luetischen Zahnanomalien von den Aerzten diagnosticirt werden, äussert sich Silex folgendermassen: Es gibt mehrere Zahnformen, die den Verdacht auf Lues erwecken, pathognomonisch für Lues ist jedoch nur die Erosion der inneren, oberen Schneidezähne. Auf die Grösse und Richtung der Zähne kommt es hierbei nicht an. Die Färbung ist oft weisslichgrau, am Uebergang ins Zahnfleisch graugrün. Feine Längsriefen werden durchbrochen von Querstreifen, die Hauptsache aber ist eine einzige centrale Ausnagung, von der Kaufläche beginnend und sich bogenförmig nach oben erstreckend. Während ferner die in den meisten Lehrbüchern bei Hereditär-Syphilitischen beschriebenen Narben an den Mundwinkeln und Lippen, wie sie nach Ulcerationsprocessen zurückbleiben, wenig charakteristisch für Syphilis sind, hält Verf. die Fälle für pathognomonisch, bei welchen sich rings um den Mund herum radiär verlaufende, 1—3 Mm. breite und etwa 1 Mm. tiefe Narben finden, von welchen ausgehend verschiedene, lange Narben (1—3 Cm.) das Gesicht bedecken. Bei der mikroskopischen Untersuchung dieser „Narben" ergab sich, dass die charakteristischen Veränderungen der Narbe fehlten. Ueberall war der Papillarkörper vorhanden, das Epithel eher breiter als schmäler, Drüsen und Gefässe deutlich erkennbar; stellenweise furchenartige Einziehung des Epithels, elastische Fasern normal; im Corium kleinzellige Infiltration. Verf. meint, dass diese „Narben" nichts anderes sind, als durch den Muskelzug bedingte Einziehungen der Haut; sicher sind es keine Narben im anatomischen Sinne. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Thomas de la Plesse (Joseph). Etude sur quelques cas d'adénopathie trachéo-bronchique hérédosyphilitique,



Nr. 482. (H. Jonne.) Thése de la faculté de Paris (juillet 1896). Ref. in Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurgie. Nr. 68. 23 Aout 1896.

Thomas de la Plesse kommt in seiner Arbeit zu dem Schluss, dass die hereditäre Syphilis ebenso wie die acquirirte die Tracheal- und Bronchialdrüsen in Mitleidenschaft ziehen kann. Bei beiden, bei der hereditären vielleicht noch häufiger, können auch syphilitische Erkrankungen der Lungen dazu kommen — jedoch ist es nicht Regel; dass es sich wirklich um Syphilis gehandelt, wird bewiesen durch die Gegenwart der mehr oder weniger vollständigen Hutchinson'schen Trias und durch den Erfolg der gemischten Behandlung; ausnahmslose Heilung. Die Prognose ist daher nach Th. de la Plesse für diese syphilitische Erkrankung bei richtiger Behandlung als durchaus günstig zu stellen — hat doch auch bei den veröffentlichten Fällen die Heilung bis zu dem heutigen Tage Bestand gehabt. Spiegelhauer (Breslau).

Welander, Edvard. Postconceptionelle syphilitische Infection gegen das Ende der Schwangerschaft. Nord. Med. Arkiv, Jahrgang 1896. Nr. 3.

Der Vater wird inficirt ungefähr 11—12 Wochen v. d. Geburt d. Kindes,
entdeckt seine Sclerose ungefähr 8 Wochen . „ „ „ „ „
übt den Beischlaf mit der Mutter aus ein paar
Mal während der 8—6 Woche . . . . . . „ „ „ „ „
die Mutter wird inficirt wahrscheinlich 6 W. „ „ „ „ „
entdeckt ihre Sclerose ungefähr 2 Wochen . „ „ „ „ „

Fünf Wochen nach der Geburt des Kindes hatte:

der Vater eine geheilte Sclerose und reichliche, erblasste Roseola;

die Mutter eine nicht geheilte Sclerose und reichliche, kleinfleckige Roseola von noch nicht langem Bestande;

das Kind Schnupfen und syphilitische Papeln im Gesicht, an den Armen, den Beinen, den inneren Seiten der Hände und an den Fusssohlen.

Das Kind starb im Alter von 6 Wochen an Pneumonie. Die Leber war gross und von fester Consistenz. Perisplenitis. Keine Wegener'schen Veränderungen. Trotzdem die Mutter so spät unter der Schwangerschaft inficirt worden war, dass noch keine allgemeinen (secundären) Symptome hatten auftreten können, wurde die Frucht gleichwohl durch Placentarinfection syphilitisch. Die Infection während und nach dem Partus ist mit Sicherheit auszuschliessen. Autoreferat.

Therapie der Syphilis.

Addonizio Luigi. Il joduro di potassio nella cura degli aneurismi. Gazzetta degli ospedalie e delle cliniche. 5 Maggio 96.

Nach einer allgemeinen Einleitung über die Aetiologie und Therapie der Aneurysmen hebt Addonizio die immer mehr geübte Behandlung mit Jodkali hervor. Als Illustration für die Wirksamkeit dieser Therapie bringt er die eingehende Krankengeschichte eines 49jährigen Mannes,

der als Soldat eine Lues acquirirt hatte und nun seit einigen Jahren an einem stetig wachsenden Aneurysma der Aorta ascendens litt, welches mit grossen Dosen Jodkali in kurzer Zeit fast gänzlich zur Rückbildung gebracht wurde. Nach ausführlicher Erörterung der Theorien, in welcher Weise das Jodkali — namentlich auch bei Patienten ohne luetische Aetiologie der Aneurysmen — auf diese Affectionen wirke, bespricht er die Form der Darreichung des Jodkali. Er verwirft die von Leclerc empfohlene Verabreichung in Alkohol mit Thee oder Kaffee wegen der damit gleichzeitig veranlassten Excitation des Herzens, dagegen empfiehlt er das Jodkali in viel Wasser gelöst häufig am Tage zu nehmen. Bis 6 Gr. pro die soll man allmälig steigen; eventuell kann die Cur 6 Monate dauern; während dieser Zeit muss absolute Ruhe und strenge Diät eingehalten werden. Ferdinand Epstein (Breslau).

Anderson, M'Call. Clinical memoranda, being selected from the wards. The Glasgow medical Journal, December, 1896.

M'Call Anderson beschreibt 5 Fälle, von denen 2 Hirnsyphilis, 2 gummöse Lues der Nase, einer ein Carcinom der Blase waren. Hervorzuheben ist die Behandlung der einen Nasensyphilis mit antisyphilitischem Serum von Burrough Welcome & Co., in Dosen von 2 Ccm., erst einen Tag um den andern, dann täglich, ohne vollen Erfolg. Die Syphilide vernarbten zum grössten Theil, einzelne gingen weiter. Die Behandlung war durch 9 Wochen fortgeführt worden. Felix Pinkus (Breslau).

Anderson, A. Patient Treated By Syphilitic Antitosin for Secondary Syphilis. — The Glasgow Medical Journal. Juni 1896.

Anderson behandelte einen 22jährigen Mann mit hypodermatischen Serum-Injectionen. Innerhalb 4 Wochen erhielt Pat. 12 Injectionen von 0·5—5·0 pro dosi — in toto 35·53 Ccm. Die Besserung trat schnell ein. Pinner (Breslau).

Barrucco, N. Valore terapeutico delle injezioni ipodermiche dei composti mercuriali in genere e del bicianuro idrargirico in ispecie nella cura della sifilide. Bologna 1896.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über den Werth des Hg bei der Lues im allgemeinen kommt Barrucco auf die verschiedenen Anwendungsweisen des Hg zu sprechen, deren Werth gegen einander abgewogen wird. Allen anderen Methoden überlegen sind die Injectionen. Verf. erörtert ausführlich die Vor- und Nachtheile der Injectionen. Die Nachtheile, vor allem Abscesse, Gangraen, Embolien, lassen sich sämmtlich vermeiden, wenn man die nöthigen Vorsichtsmassregeln anwendet, ebenso auch der Schmerz, wenn die Injectionen bei erschlaffter Musculatur in die Nates intramusculär ausgeführt werden, nachdem die Haut vorher gehörig gereinigt worden und wenn man die Injectionsflüssigkeit auf 37—40° C. vorher erwärmt. Die zu Injectionen verwandten Hg-Präparate können nach zwei Gesichtspunkten geordnet werden: 1. Nach der Dauer des Verweilens im Organismus und 2. nach ihrer Löslich-, resp. Unlös-



lichkeit. Die erste Gruppe theilt B. in drei Unterabtheilungen: 1. Präparate, die sehr lange im Organismus verweilen (Calomel, Ol. ciner. etc.); 2. solche, die nur eine mittlere Zeit verweilen (z. B. Hg salicyl. und thymol.) und 3. solche, die schon nach sehr kurzer Zeit wieder ausgeschieden werden (Hg formanidat., Hg bicyanur.). Die der 2. Gruppe angehörigen Präparate werden ausführlich angeführt, und stellt Verf. vergleichende Betrachtungen über die löslichen und unlöslichen Präparate an; als Typus der einen gilt ihm das Sublimat, als Typus der anderen das Calomel. Die löslichen Präparate sind aus verschiedenen Gründen den unlöslichen vorzuziehen (geringere Schmerzhaftigkeit, weniger häufig Stomatitis); bei den unlöslichen ist die Dosirung eine ungenauere, weil dieselben sehr ungleichmässig resorbirt werden. Was speciell das Hydrarg. bicyanur. betrifft, so ist es in 12·8 Theilen kalten und 3 Theile warmen Wassers löslich, coagulirt Eiweiss nicht. Nach Sigmund, der das Präparat zuerst anwandte, wird es sehr gut vertragen, macht keine Schmerzen, keine Stomatitis, das Körpergewicht hebt sich, die Syphilissymptome werden sehr rasch beeinflusst; ähnlich äussern sich auch Kroworzynski, Obtulowicz, Mandelbaum, Güntz, Riehl, Majorchi. Ausführlich gibt Verf. an die Dosirung, die genannte Autoren verwandten, die Zahl der Injectionen, Wahl der Injectionsstellen etc. B. hat das Mittel in derselben Weise wie Riehl angewandt: 1% wässrige Lösung mit 2% Cocain. Injection in die Nates intramusculär mit folgender Massage. Injection jeden zweiten, bei schweren Fällen jeden Tag. Da das Mittel bei längerem Stehen durch Einwirkung der atmosphärischen Luft sich zersetzt, unwirksam wird und Nachtheile mit sich bringt, füllt Verf. die frisch bereitete Lösung in sterilisirte Glasgefässe von 1 Ccm. Inhalt und schmilzt sie dann zu. Die Fläschchen werden erst unmittelbar vor dem Gebrauch durch Abbrechen der Spitze geöffnet. Eine drei Monate alte derartig verschlossene Lösung von oben genannter Zusammensetzung war nach der Analyse von Prof. Fabbi chemisch vollständig rein. Aus seinen an 37 Patienten gesammelten Erfahrungen schliesst Verf., dass das Hg-bicyanur. ein sehr wirksames Mittel gegen Lues ist — besonders rasch schwinden die Schleimhautaffectionen — Schmerzen an den Injectionsstellen lassen sich ganz vermeiden, wenn man nur darauf achtet, dass das Mittel nicht zersetzt und ebenso wie die Injectionsspritze gut sterilisirt ist. Die Pravaz'sche Spritze, ebenso wie die Nadel werden vor jeder Injection sorgfältig mit Sublimat und Alkohol desinficirt, die Nates mit Seife, Sublimat und Aether gewaschen; die Stichöffnung wird mit etwas Collodium oder Traumaticin verklebt. B. führt die Krankengeschichten seiner 37 Fälle ausführlich an. Im Mittel wurden bei jedem Kranken 29 Injectionen gemacht; einmal wurde Schwindel, zweimal Diarrhoe beobachtet; Infiltrate oder Stomatitis wurden nicht beobachtet. Von diesen 37 Patienten, die 9—18 Monate lang in Beobachtung blieben, zeigten 6 während dieser Zeit Recidive, die 31 übrigen blieben vollkommen frei.

Max Dreysel (Leipzig).

Bayet. Le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sels de mercure. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895, p. 200.

In dem nichts Neues bringenden Artikel engagirt sich Bayet für die Injectionen von löslichen Quecksilbersalzen im Vergleich zu den unlöslichen und empfiehlt als bestes Präparat das von Stoukovenkoff angegebene, täglich zu injicirende Hydrargyrum benzoicum (Hydr. benzoic. 0·25, Natr. chlorat. 0·06, Aq. destill. 30·0), während er das Schwimmer-sche Sozojodolquecksilber entschieden verurtheilt. Zum Schluss erwähnt er die von Lawrence Wolff (dermatologische Zeitschrift 1894, Band I, Heft 5) unternommene Enquete über die Anwendung von Quecksilberinjectionen in den einzelnen Culturstaaten.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Briquet. De l'Jodisme: Variétés, étiologie et traitement. La Sémaine médicale. 16. Jahrgang. Nr. 18. 8. April 1896.

Die überaus sorgfältige, die ganze Litteratur und zahlreiche selbst beobachtete Fälle berücksichtigende Arbeit Briquet's enthält viele interessante klinische Details, deren Aufzählung jedoch den Rahmen eines Referates überschreiten würde. Wir begnügen uns hier mit der Wiedergabe der Schlussfolgerungen: Absolut vermeiden lässt sich der Jodismus nicht, da es sich um eine Idiosyncrasie handelt, die man nicht vorhersehen kann. Die herrschende Idee, dass schwache Dosen Jod schädlicher wirken als mittlere oder starke, ist falsch. Im Gegentheil, je grösser die Joddosis, um so mehr läuft der Patient Gefahr Jodismus zu bekommen und um so mehr ist zu befürchten, dass schwere Erscheinungen auftreten. Es gibt kein Medicament, welches das Auftreten des Jodismus verhindern könnte. Die beste Art um eventuell Jodismus zu vermeiden, besteht darin, dass man mit schwachen Dosen (½ Gramm) beginnt, und langsam und allmählig in die Höhe geht. Belladonna gegen schwere Erscheinungen von Seiten der Nase und des Rachens, sowie das Natrium bicarbonatum bei schweren Symptomen von Jodismus jeder Art scheinen die einzigen Mittel zu sein, die sich bewährt haben. Paul Oppler (Breslau).

Briquet. Des Jodures, autres que celui de Potassium dans le traitement de la syphilis. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 87.

Briquet hat Versuche mit allen Jodsalzen bei der Behandlung der Syphilis gemacht und ist zu folgenden Resultaten gekommen: Das wirksamste aller Salze ist das Jodkali, dem das Jodrubidium gleich kommt, das sogar noch den Vortheil des weniger schlechten Geschmackes hat, der jedoch durch den hohen Preis des Präparates aufgehoben wird. In Fällen, wo Jodkali nicht vertragen wird, empfiehlt er Versuche mit Jodnatrium; in einzelnen schweren, besonders tertiären Fällen ist das Jodammonium zu versuchen. Alle anderen Salze, wie die Calcium-, Strontium-Amylum-Verbindungen haben keinen oder nur untergeordneten therapeutischen Werth. Paul Neisser (Beuthen O. S.).



Brousse. Traitement de la syphilis. Journal des mal. cut. et syph. 1895, p. 694.

Der Vortrag Brousse's in der Société de médecine et de chirurgie zu Montpellier enthält nichts Neues. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Collins, Joseph. The influence of antisyphilitic treatment in preventing certain diseases of the nervous system considered of syphilitic origin. The Postgraduate Vol. XI. Nr. 7. July 1896.

An der Hand von 100 Fällen von Tabes dorsalis, 14 progressiv. Paralyse und 37 direct syphilitischer Spinal- und Cerebralerkrankungen sucht Collins sich über folgende Fragen klar zu werden: 1. vermindert antisyphilitische Behandlung in der Secundärperiode die Häufigkeit einer der oft auf Syphilis folgenden Nervenerkrankungen (Tabes, progressive Paralyse)? 2. wird durch eine solche Behandlung das spätere Auftreten specifisch syphilitischer Erkrankung des Centralnervensystems wie Arteriitis obliterans mit folgenden Thrombosen verhindert? Verf. kommt zu der Ueberzeugung, dass gründliche und langdauernde Behandlung nicht den Zeitpunkt der Erkrankung an direct syphilitischen Nervenleiden hinauszuschieben vermag; die gründliche und langdauernde Behandlung schützt ferner nicht vor Tabes und progressiver Paralyse. Die Syphilis scheint trotz Anwendung der z. Z. für die besten gehaltenen Methoden in diesen Fällen ungeheilt geblieben, und überhaupt oft eine unheilbare Krankheit zu sein. Felix Pinkus (Breslau).

Ferrand. Jodismo mortale in un Gozzuto. Revue internationale de méd. et de chir. Nr. 10. 1895. Ref. in Gazetta medica di Torino. Nr. 15. 1896.

Ein mit einer grossen Struma behafteter Patient erhielt 8 Tage lang täglich 4 Gr. Jodkali; gleichzeitig wurde local eine Jodsalbe applicirt. Bald nach Beginn der Behandlung verkleinerte sich die Struma erheblich, es stellten sich jedoch gleichzeitig so schwere Jodismuserscheinungen (Tremor, häufiges Erbrechen, Tachycardie) ein, dass die Cur abgebrochen werden musste. Bald darauf starb der Patient unter cardiovasculären Erscheinungen. Obgleich Ferrand, der diesen Fall referirt, hervorhebt, dass man nicht sicher sagen könne, ob der Exitus durch den gewöhnlichen Verlauf der Thyreoideaerkrankung, oder durch die Therapie, oder durch beide veranlasst worden sei, so scheint er doch der Medication einen nicht unerheblichen Einfluss bei dem Tode des Patienten beizumessen, wofür schon die Wahl der Ueberschrift: „Tödtlicher Jodismus bei einem Kropfkranken“ spricht.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Greene, Robert H. The Treatment of Syphilis by means of the toxins of Erysipelas and the Bacillus prodigiosus. Medical News, October 10, 1896.

Greene behandelte 10 Fälle von Syphilis (Primäraffecte, Secundär- und gummöse Eruptionen) mit den ihm von Dr. Coley zur Verfügung gestellten Erysipel- und Prodigiosus-Toxinen. Die Injection dieser (theils



durch Hitze, theils nach Filtrirung durch Zusatz von Antisepticis sterilisirten) Flüssigkeiten macht weder locale noch allgemeine Reaction und hat in fast allen Fällen schon nach 24—48 Stunden einen deutlich sichtbaren Einfluss auf die Syphilide. Die Dosen betrugen 0·06 (1 Minim) bis 0·6 Gr. Bei der verschiedenen Wirksamkeit der einzelnen Proben bedauert Verf. keine Methode zu besitzen, jede Flasche vor dem Gebrauch auf ihre curative Kraft zu prüfen. Felix Pinkus (Breslau).

Herxheimer, Karl. Zur Technik der endermatischen Syphilisbehandlung. Therap. Monatshefte, 1896. Nr. 2.

Den Mängeln, welche der alten Schmiercur anhaften, suchte Herxheimer abzuhelfen, indem er die Technik derselben so modificirte, dass er die Salbe nicht einreiben, sondern mit der Flachhand in gleichmässigen Schlägen „einklatschen" liess. In circa 10 Minuten kann eine Dosis von 6 Gr. grauer Salbe (mit adeps suilli) vollständig „eingeklatscht" werden, d. h. die Salbe ist dann so weit eingedrungen, dass an dem über die Haut streichenden Finger keine Salbenreste mehr zurückbleiben. Auf diese Weise wurden in einem Turnus von je 4 Einklatschungen (am 1. Tag die Arme, am 2. Tag der Rücken, am 3. Tag der Oberschenkel und am 4. Tag der Unterschenkel) und mit einer durchschnittlichen Anzahl von 28—32 Einklatschungen 270 Fälle behandelt und es stellte sich heraus, dass genannte Methode an Intensität der Wirkung keinen der sonst geübten Applicationsweisen des Hg nachsteht. Das so applicirte Hg wurde einerseits schnell resorbirt (es erschien schon nach 12—16 Stunden im Harn) und blieb andererseits längere Zeit im Organismus (2—6 Wochen nach Beendigung der Cur). Die unangenehmen Nebenwirkungen bestanden fast nur in Stomatitis (27 Fälle), welch letztere aber sehr selten wurde, als die Patienten regelmässig an die Luft geführt wurden. Sonstige Erscheinungen (Darmaffectionen, Nephritis, Hautreizungen) traten nur ausnahmsweise und in sehr gelinder Form auf. Die Vortheile dieser Methode sind: 1. sie wird von der Haut weit besser vertragen, als die Schmiercur; 2. sie ist viel reinlicher; 3. sie lässt sich in kürzerer Zeit (ca. 10 Minuten) ausführen. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Jullien. Rapports sur la candidature de M. le professeur Tarnowsky, un coup d'oeil sur la séro-thérapie antisyphilitique. Société de médecine de Paris. Ref. in la France médicale. Nr. 49. 1896.

Jullien bespricht in seiner Rede die Geschichte der Serotherapie der Syphilis von ihren Anfängen an bis zu Tarnowsky.

Theodor Spiegelhauer (Breslau).

Lane, J. Ernest. The Treatment of Syphilis by intravenous injections of mercury. The british medical Journal. Nr. 1876. December 12, 1896.

Lane hat intravenöse Injectionen von Hydrargyrum cyanatum in 76 Fällen mit im Ganzen über 1000 Injectionen angewandt und ist sehr zufrieden mit den Ergebnissen. Die Dosis war meist 0·012 Cyanat (20 minims einer 1% Lösung). Die Vorzüge sind Schmerzlosigkeit und



schnelle Wirkung, Nachtheile eigentlich kaum aufgetreten, da Stomatitis und Durchfälle nur in geringem Grade in wenigen Fällen sich einstellten. Nicht ausführbar sind die Injectionen nur in den Fällen, wo man die Venen nicht zum deutlichen Hervortreten bringen kann.

Pinkus (Breslau).

Larrien. Guérison radicale de la Syphilis. IIième Edition. Paris. Librairie Lefrançois 1896.

Larrien behauptet eine Methode der radicalen Heilung der Syphilis gefunden zu haben und schildert sein Verfahren folgendermassen: 1. Abortivbehandlung der Lues: *a*) äusserliche Therapie: Cauterisation des Primäraffectes mit Wiener Aetzkalk (nb.: es ist nicht unbedingt erforderlich, dass die gesammte indurirte Partie zerstört wird; eine oberflächliche Cauterisation genügt) und leichtes tägliches Einreiben der benachbarten Drüsen — falls diese geschwollen sind — mit Mercurialsalbe; *b*) innerliche Therapie: tägliche Verabreichung (20 Tage hindurch) von 3—5 Tropfen Jodtinctur in $^1/_2$ Glase Zuckerwasser, Morgens nüchtern; darauf 10 Tage Pause, auf welche eine Wiederholung der 20tägigen Jodtinkturcur folgt; 2. Behandlung der secundären Lues: *a*) innerlich: alle Morgen nüchtern entweder 5 Tropfen Jodtinktur oder 3 Tropfen Jodtinctur und ein Esslöffel einer 6% Jodnatriumlösung. Diese Cur dauert 5—8 Monate, wobei von jedem Monate die ersten 15—20 Tage auf die Cur und der Rest auf die Ruhepausen entfallen; nb.: empfehlenswerth ist es, im folgenden Jahre noch eine ebensolche 3—4 Monate dauernde Jodcur zu machen; *b*) äusserlich: eine 10% Präcipitalsalbe oder gewöhnliche graue Salbe auf die von Hautsyphiliden befallenen Stellen. Gegen Schleimhautplaques der Mundhöhle: Gurgelungen mit Chlorzink (1 : 500), bezw. Aetzungen mit Argent. nitric. etc. Die Hauptsache ist nach L. in allen Stadien der Lues die Verabreichung von Jodtinktur in kleinen Dosen, lange Zeit hindurch, mit Unterbrechungen. Alle anderen Medicationen können höchstens dazu beitragen, die Heilung zu beschleunigen. Einen besonderen Werth legt L. auf die Verordnung der Jodtinktur, deren Wirkung er als eine von der des Jodkalis oder Jodnatriums absolut verschiedene hinstellt. Um diese Ansicht zu beweisen, bringt L. unter mehreren anderen Krankengeschichten auch 2 ziemlich analoge Fälle von secundär Syphilitischen, von denen der eine durch die Jodtinkturtherapie in kurzer Zeit geheilt worden sein soll, während der andere, der lange Zeit hindurch nur Jodkali bekam, begreiflicher Weise hin und wieder noch Zeichen florider Lues darbot. Mit welcher Zuversicht L. von der radicalen Wirksamkeit seiner Therapie spricht, ersieht man am besten daraus, dass er seinen Gegnern, die bereits nach dem Erscheinen der ersten Auflage seiner diesbezüglichen Broschüre ein abfälliges Urtheil über seine Methode fällten, empfiehlt, geeignete (!) ä. l. durch keinerlei anderweitige krankhafte Diathese complicirte Luesfälle nach seiner Methode zu behandeln und nach 2 Jahren dem betreffenden Individuum Secret nässender Papeln zu inoculiren; er verspricht, dass sie in diesen Fällen mit Sicherheit eine Reinfection mit typischer Initialsclerose etc.



erzielen, mit welchen Affectionen man ja wiederum nach seiner Methode leicht fertig werden könne (?). Ferdinand Epstein (Breslau).

Lavarenne, De. Les eaux sulfureuses dans la syphilis. Presse médicale. 20. Mai 1896. Ref. La Médecine moderne. 7. Jahrg. Nr. 42. 23. Mai 1896.

Lavarenne empfiehlt den Gebrauch schwefelhaltiger Wässer von den ersten Tagen der Infection an, ferner bei unintelligenten Kranken, welche die Verordnungen schlecht befolgen, und die man fortwährend sonst überwachen muss, dann bei solchen, welche Jod und Quecksilberpräparate schlecht vertragen, und bei denen diese Therapie keinen Erfolg hat, endlich auch zur allgemeinen stimulirenden Einwirkung auf den Organismus. Gleichfalls empfiehlt sich Schwefelbehandlung bei den hartnäckigen recidivirenden, reactionslosen Luesformen ebenso wie bei galoppirender maligner und drohender visceraler Syphilis, welche einer schnellen und wirkungsvollen Therapie bedürfen. Doch müssen bei diesen Erkrankungen, namentlich wenn das Nerven- und Blutgefässsystem betheiligt ist, mehrere Curen hinter einander — auch wenn die Erscheinungen geschwunden sind — angewendet werden, wenn eine Wirkung erzielt werden soll. Paul Oppler (Breslau).

Lindsay, John. Treatment of Syphilis. The therapeutic Gazette. August 15. 1896.

Lindsay beginnt die antisyphilitische Behandlung stets erst nach dem Auftreten der Secundärsymptome. Er bevorzugt bei weitem die interne Behandlung, die subcutanen Injectionen nur ausnahmsweise zulassend. Er behandelt in den ersten 18 Monaten nur mit Quecksilber (meistens Jodür), ohne Pause; dann nach einmonatlicher Pause mit Quecksilber (meistens Jodid, nie Sublimat) und Jodkali ein Jahr lang. Nach einigem Aussetzen wird im 3. Jahre Jodkali allein zeitweise gegeben. Im 4. Jahre wird die Behandlung ausgesetzt, Patient bleibt aber in Beobachtung und wird nach Ablauf dieser Zeit, als wahrscheinlich geheilt, aus der Behandlung entlassen. Heirat wird, gute Quecksilberbehandlung vorausgesetzt, nach 3 Jahren erlaubt, wenn irgend angängig aber bis zum Ende des 4.—5. Jahres hinausgeschoben. Felix Pinkus (Breslau).

Mann, Dixon J. Clinical note on the action of jodide of mercury haemol. The Medical Chronicle. New Series. Vol. IV. Nr. 5, February 1896, pag. 346.

Das von Prof. Kobert in Dorpat (Jurjew) zuerst dargestellte und von E. Merck in den Handel gebrachte Jodquecksilberhaemol, welches zuerst von Rille (auf der Klinik des Prof. Neumann, Wien) klinisch geprüft worden ist und, wie wir wissen, auch in die Klinik von Prof. Neisser Eingang gefunden hat, ist in England von J. Dixon Mann, der als Professor der Toxicologie und Krankenhausdirector uns gerade der richtige Mann zur Begutachtung eines neuen pharmacotherapeutischen Mittels zu sein scheint, einer Prüfung unterzogen worden. Das Mittel wurde nach dem Vorgange von Rille ausschliesslich in Pillenform gegeben. Zur Darreichung desselben wurden besonders passende Fälle aus-

gewählt, papulöse Syphilide mit Papeln an den Schleimhäuten, squamöse Formen, Psoriasis syphilitica, Syphilis circinata, Iritis specifica und auch zwei Fälle von frischer Infection. Die Dauer der Darreichung des Präparates wurde in einigen Fällen absichtlich lange Zeit (mehrere Monate) fortgesetzt. In allen Fällen erwies sich das Mittel als relativ mild wirkend, so dass nur in wenigen Fällen von wirklichen Intoxicationserscheinungen gesprochen werden konnte. Diese Erscheinungen bestanden in leichter Schwellung des Zahnfleisches und mässiger Salivation. Beim Aussetzen der Pillen schwanden diese Symptome binnen weniger Tage, so dass das Mittel dann von Neuem gegeben werden konnte. Diarrhoe trat bei vier Fällen auf, hörte aber nach dem Aussetzen, ja selbst bei Verminderung der Pillenzahl wieder auf. Die Syphilide der Haut und der Schleimhäute wurden unzweifelhaft günstig beeinflusst. Im squamösen Stadium wirkte das Mittel günstiger als blaue Pillen und als die in England beliebten „Subchloridpillen“ (Calomel). Das Allgemeinbefinden und speciell die Ernährung der Patienten wurde während der Darreichung des Mittels nicht schlechter, sondern besser. Dixon Mann schliesst seinen Bericht mit dem Satze: „Ich ziehe das Jodquecksilberhaemol bei Fällen von Syphilis geschwächter und anämischer Patienten jedem anderen Quecksilberpräparate vor.“

A. Grünfeld (Rostow am Don).

Marmonnier. Ueber die Anwendung von Calomeldämpfen. Ref. in la médecine moderne. Nr. 70. 1896.

Marmonnier verweist auf die bereits von Balzer empfohlene Anwendung von Calomeldämpfen bei secundär syphilitischen Erscheinungen besonders der Schleimhäute. Das Verfahren ist kurz Folgendes: Eine 30 Centimeter lange Glasröhre, an deren einem Ende ein Gebläse angebracht ist, während das andere spitz zugeht, hat in der Mitte eine Ausbuchtung, in welche man Calomel bringt. Mittelst einer Spiritusflamme wird das Calomel zum Verdampfen gebracht, und sobald die ersten Dämpfe aus dem spitzen Ende der Röhre entweichen, werden diese als Strahl durch Anwendung des Gebläses auf die erkrankten Stellen dirigirt. Es ist hierbei zu beobachten, dass bei Behandlung von Halsaffectionen der Patient die Dämpfe nicht aspirire. Die günstigen Erfolge dieser Behandlung beruhen wahrscheinlich auf Bildung von Sublimat in loco.

Spiegelhauer (Breslau).

Marschalko. La Résorbine. Orvosi Hetilap. 19 juillet 1896. Ref. in L'indépendance méd. Nr. 33. 1896.

Marschalko verwendet seit $2^1/_2$ Jahren zu antiluetischen Einreibungscuren, an Stelle der gewöhnlichen grauen Salbe, Quecksilberresorbin und rühmt an der neuen Salbengrundlage, dass sich mit ihr mehr Quecksilber und noch dazu in kürzerer Zeit (im Vergleich mit dem ungt. ciner.) der Haut einverleiben lässt. Diese Vorzüge bedingen aber auch eine grössere Vorsicht bei der Application. Marschalko hält 3 Gr. pro die für die Maximaldosis bei Quecksilberresorbineinreibungscuren.

Ferdinand Epstein (Breslau).



Müller, Hugo. Ueber die Einverleibung verschiedener Quecksilbersalben in die Haut. Arbeiten aus dem städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. Main. Festschrift d. 68. Naturforscherversammlung. Frankfurt a. Main 1896.

Müller hat mittelst mikroskopischer Untersuchung und klinischer Beobachtung die Aufnahme des mit den verschiedenen Constituentien verriebenen Hydrargyrum seitens der Haut verglichen, und ferner die Unterschiede festzustellen gesucht, welche sich bei der gewöhnlichen Einreibung, der Einklatschung (Herxheimer) und der Ueberstreichung (Welander) ergeben. Diesem Plane gemäss wurden systematisch obige Proceduren mit den verschiedenen Hg-Präparaten vorgenommen, Hautexcisionen gemacht und mikroskopisch untersucht. (Es wurde frisch geschnitten, die Schnitte kamen in 70% Spiritus, wurden mit polychromen Methylenblau gefärbt und kamen dann in Wasser, Alkohol Xylol und Canadabalsam.) Ausserdem wurden sorgfältige Beobachtungen klinischer Art, betreffend Zeit der Application, Färbung der Haut, der Wäsche etc., angestellt.

Von den Resultaten sei kurz erwähnt:

1. Resorbinquecksilber 33⅓%. 4 Gr. bei ganz leichtem Drucke in 3 Minuten total verrieben. Bei ganz leichtem Einklatschen verschwindet die Salbe in noch kürzerer Zeit.

2. Mollinum Hydrargyri 33⅓%. Bei starkem Drucke in 10 Minuten verrieben. Die Haut ist ganz trocken, während sie bei Resorbin sich noch mässig fett anfühlt. Einklatschungen können bei einem Seifenconstituens, wie es das Mollin darstellt, nicht verwendet werden.

3. Vasogenquecksilber 33⅓%. Einreibungsdauer 5—8 Minuten bei einem Drucke in der Mitte zwischen 1. und 2. Einklatschungsdauer 5 Minuten. Bei beiden Methoden ist die Haut stark fettig, fast ölig.

4. Unguent. Hydrarg. cinereum 33⅓%. Einreibung 10—15 Minuten, Einklatschung 5—8 Minuten. Bei ersterer blieb die Haut trocken, bei letzterer noch 1—1½ Stunden fettig. Die Wäsche war nach 12 Stunden: bei Resorbin sauber, bei Mollin in fast allen Fällen schwarz, bei Vasogen etwas fettig, ohne wesentlich beschmutzt zu sein, bei Unguent. cinereum bleibt sie beim Einklatschen bedeutend sauberer als beim Einreiben.

Die mikroskopische Untersuchung der Haut — Details sind im Originale nachzusehen — ergab bei den 4 Präparaten keine wesentlichen Differenzen. Demgemäss musste wohl also das Quecksilberresorbin, welches die kürzeste Einverleibungsdauer beansprucht, den ersten Platz eingeräumt erhalten.

Einklatschungen und Einreibungen ergaben bei Hg-Vasogen-Resorbin und Salbe mikroskopisch gleich gute Resultate (Mollin s. oben).

Bemerkenswerth ist, dass bei Resorbin und Unguentum auch die einfachen Welander'schen Ueberstreichungen ähnliche mikroskopische Bilder lieferten wie die Einreibungen und Einklatschungen.

Paul Oppler (Breslau).

Neumann, J. Die Haematotherapie der Syphilis. Schnirer therapeutische Wochenschrift. Nr. 3. 1896.

Neumann gibt in einer kurzen zusammenfassenden Einleitung eine Uebersicht über alle bisher vorliegenden praktischen Versuche, die Serumtherapie auch für die Syphilis nutzbar zu machen und führt dann eine Reihe diesbezüglicher Versuche aus seiner Klinik an. — Es wurden mehrere Injectionen von sterilisirtem Lammsblutserum 1 Ccm. pro dosi bei einer Patientin mit Sclerose und Oedema indurativum labii majoris sowie mac. pap. Exanthem versucht. Der Erfolg war so gering, dass zu einer Quecksilbercur geschritten werden musste. — Bei zwei Patienten, von denen der eine mit einem Gumma der Nase, der andere mit serpiginösen Geschwüren der Haut behaftet war, wurden Injectionen mit dem Blutserum eines tertiär Luetischen gemacht, dasselbe geschah bei drei Individuen mit syphilitischer Initialsclerose. Weder das rasche Verschwinden der gummösen Formen noch das Ausbleiben secundärer Erscheinungen an den frisch inficirten Patienten wurde damit erzielt. N. hält aus allen, auch den eigenen bisher vorliegenden Erfahrungen, es für verfrüht, ein endgiltiges Urtheil über den Werth der Methode abzugeben. Neben auffallend günstigen Erfolgen (Gilbert, Fournier, Wieworowski, Pellizari etc.) finde man gänzlich negative Resultate. Schädliche Nachwirkung ausser vorübergehenden, localen Reizerscheinungen oder flüchtigen Temperatursteigerungen haben weder der Autor noch andere Experimentatoren gesehen. N. hält diese Therapie für ein Problem von grosser Tragweite, das aber noch viel Arbeit und Studium erfordert. Ullmann.

Nicolich. La cura della sifilide col metodo del professor A. Scarenzio. Sonderabdruck — Trieste.

Nicolich gibt einen Ueberblick über die Entwicklung der Technik der von Scarenzio eingeführten Calomelinjectionen, und beschreibt die nunmehr bei Scarenzio übliche Applicationsweise. Er hält die Calomelinjectionen für die gegenwärtig beste Methode der Luestherapie und bespricht alle gegen diese Methode angeführten Bedenken. Am ausführlichsten geht N. auf die von Leloir und Tavernier aus einem Material von 1573 Injectionen gewonnenen zum Theile ungünstigen Erfahrungen ein. Alle die zwölf von den genannten Forschern beim Pariser internationalen Congress publicirten „Aphorismen", welche zu einer Einschränkung der Anwendung der Calomelinjectionen auffordern sollen, glaubt N. an der Hand zahlreicher Krankengeschichten widerlegen zu können. Ferdinand Epstein (Breslau).

Olivetti. Il modo di somministrazione del ioduro di potassio in rapporto alla sua azione sulle funzioni gastriche. Gazzetta Medica die Torino. Nr. 38. 17. Sept. 1896.

Olivetti hat an einem 55jährigen Bauern, der wegen neurasthenischer Magenbeschwerden das Hospital aufsuchte, aber einen sonst gesunden Magen hatte, Untersuchungen angestellt über das Verhalten des per rectum eingeführten Jodkalis zum ruhenden und thätigen Magen und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Das per rectum applicirte Jod-



kali kommt, auch wenn es in grossen Dosen eingeführt wird, im ruhenden Magen nicht zur Ausscheidung. 2. Im thätigen Magen wird per Clysma gegebenes Jodkali ausgeschieden; diese Ausscheidung beginnt $^{1}/_{4}$ Stunde nach Application des betreffenden Clysmas. 3. Der unter diesen Verhältnissen im Magen auftretende Antheil des Jodkalis ruft keine solchen schweren Störungen der chemischen und motorischen Functionen des Magens hervor, wie wir sie nach Einführung dieses Mittels per os zuweilen beobachten (Verminderung der freien und gebundenen Salzsäure, vermehrte Schleimabsonderung etc.) Ferdinand Epstein (Breslau).

Ottolenghi. Il mecanismo d'azione ed il potere tossico del calomelano Genova. Accademia medica; seduta del 9. Febbrajo 1896. Ref. in Gazzetta degli ospedali e della cliniche. 14. Marzo 1896. Nr. 32.

Ottolenghi hat, angeregt durch die Frage, warum nach Calomelverabreichung nach der ersten Entleerung die Diarrhö häufig sich wiederholt, Untersuchungen über die therapeutischen und toxischen Dosen des Calomels an Hunden gemacht. Er konnte eine acut und eine langsam verlaufende Form der Calomelintoxication unterscheiden. Er warnt sowohl vor der Verabreichung grosser Calomeldosen, als auch vor der häufigen Einführung kleiner Gaben, namentlich bei Patienten mit erkranktem Magendarmcanal. Ferdinand Epstein (Breslau).

Philippson. Eine verbesserte Quecksilbersalbe. Therapeut. Monatshefte. 1896, Nr. 2.

Philippson demonstrirte auf dem Grazer Dermatologencongresse eine neue Quecksilbersalbe, das Hg-Vasogen; das Constituens derselben ist flüssiges Vasogen (mit O imprägnirter Kohlenwasserstoff), welchem oxygenirtes Ceresin, ein schwereres Mineralöl zugesetzt ist. Dieses Präparat zersetzt sich nicht, lässt sich in kürzerer Zeit als die officinelle Salbe (ca. 10—15 Minuten) vollständig in die Haut einreiben, so dass keine Beschmutzung der Wäsche eintritt. Ferner scheint sie an Intensität der Wirkung die gewöhnliche graue Salbe zu übertreffen, da bei ihr die Stomatitiden häufiger sind als bei letzterer.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Pileur Le. Des injections intra-musculaires d'huile grise. Journal des mal. cut. et syph. 1896. p. 197.

Die längere Arbeit Le Pileur's enthält nichts weiter, als eine warme Empfehlung der intra-musculären Injectionen von Oleum cinereum im Vergleich zu der in Frankreich bisher üblichen internen Therapie.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Pini. Emolo jodo-mercurio. Accademia Bologna. Seduta dell' 8. dicembre 1896. Ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 152. 1896.

Pini hat das von Rille inaugurirte Haemolum hyrargyro-jodatum an sechzehn Syphilitikern (meist im secundären Stadium stehend) angewendet, und beobachtete dabei ziemlich häufig Gastroinstetinalstörungen, die eine fortgesetzte Anwendung des Mittels contraindicirten. Hinsichtlich



des therapeutischen Effectes steht auch P. auf dem Standpunkt, dass das Haemolum hyrargyro-jodatum weder mit den Inunctionen noch mit den Injectionen concurriren kann. Ferdinand Epstein (Breslau).

Pradek. Effets du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques profondes de salicylate et de tymolacétate de mercure. Przegl. Lek. 1895. Nr. 8. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896. p. 119.

In dem nichts neues bringenden Aufsatz spricht sich Pradek für die Anwendung von Injectionen mit Hydr. salicyl. und thymolo-aceticum aus. Seine Ordination ist folgende: Hydr. salicyl. od. thymolo-acet. 1.5. Gummi arab. 0.5. Aqu. destill. 20.0; alle 3—4 Tage wird eine Injection (1 Ccm.) gemacht. Paul Neisser (Beuthen O. S.)

Parker, Is. Inherited Syphilis Contagious? Edinburgh Medical Journal. Juni 1896.

Parker hält auf Grund einer zwanzigjährigen Beobachtung bei grossem Kindermaterial die Bezeichnung „Lues hereditaria" nicht für zweckentsprechend, da die Krankheitssymptome bei Kindern syphilitischer Eltern keineswegs immer syphilitisch sind, noch specifisch contagiös. — In Kürze bespricht P. die differentielle Diagnose zwischen congenitaler und acquirirter Lues, welche oft sehr grosse Schwierigkeiten bietet, und betont hierbei, dass Menschen mit hereditärer Lues dieselbe nicht auf die Nachkommen übertragen, dass bei gegebener Infectionsmöglichkeit sie selbst einen Primäraffect nebst den ganzen Folgeerscheinungen bekommen können. Dass in seiner klinischen, wie poliklinischen Praxis niemals ein Fall von luetischer Infection durch sog. hereditär Luetische — trotz reichlicher Gelegenheit — beobachtet wurde, veranlasste Verf. an der Contagiosität der L. h. zu zweifeln, zumal andere Autoren, besonders Günzburg, an grossem Material die gleiche Beobachtung schon vorher gemacht hatten. — Gegen die Contagiosität spricht ferner die seltene Uebertragung bei der Vaccination mit humanisierter Lymphe, welche in London noch viel verwendet wird, selten im Verhältniss zu den grossen Zahlen extragenital erworbener Lues. Als letzten Beweis sieht P. die schon erwähnte erneute Infectionsmöglichkeit mit luetischem Virus und die vom Verf. niemals beobachtete Uebertragung auf die Nachkommen an. Auf Grund dieser Thatsachen polemisirt P. gegen die Lex Collesii und glaubt, dass die Fälle von Colles nicht hereditäre, sondern post partum acquirirte Lues hatten. Luetische Eltern zeugen, wenn die Lues nicht so virulent ist, dass der Foetus ante oder intra partum unterliegt, fast stets Kinder, die nicht an ansteckender Lues leiden. P. stellt am Schlusse seiner Arbeit folgende Thesen auf: 1. Kinder von syphilitischen Eltern haben häufig Symptome einer Krankheit, welche allgemein Lues hereditaria genannt wird. 2. In den meisten Fällen ist diese Krankheit nicht Lues und nicht contagiös, daher die Bezeichnung „angeboren in Folge von Lues" zu wählen ist. 3. Die Krankheit ist nur dann syphilitisch, wenn Symptome und Infectiosität die gleichen sind, wie bei der erworbenen Lues. 4. Kinder von syphilitischen

Eltern sind zuweilen selbst syphilitisch. 5. Die Mutter, welche ein solches Kind stillt, kann Lues acquiriren. 6. Andere Personen sind gegebenen Falls noch mehr zur Infection geneigt, als die Mutter. 7. Lymphe, von einem solchen Kinde entnommen, kann Vaccinations-Syphilis erzeugen. 8. Eine gesunde Mutter kann kein syphilitisches Kind zeugen. 9. Frauen gebären Kinder mit sogenannter Lues hereditaria, ohne selbst Luessymptome zu haben. Diese Lues ist aber nicht die im gewöhnlichen Sinne damit gemeinte Krankheit; daraus erklärt sich das Freibleiben oder -sein der Mutter. 10. Ein Fall von Uebertragung durch ein hereditär syphilitisches Kind rechtfertigt die Diagnose „Lues hereditaria".

Pinner (Frankfurt a. O.).

Pavlov. Des causes de la mortatité élevée parmi les enfants nouveau-nés syphilitiques héréditaires. Gazeta Botkina 1895 Nr. 14 und 17. Referirt im Journal des mal cut. et syph. 1896 p. 114.

Pavlov fand bei der Section und mikroskopischen Untersuchung der Organe von fünf theils todt, theils lebend geborenen hereditärsyphilitischen Kindern in den kleineren Gefässen eine bisweilen zur Obliteration führende Verdickung der Intima, während bei den grösseren Gefässen der Process sich in der Adventitia und nur selten in der Media mit abspielte. In den parenchymatösen Organen fanden sich, besonders um die Gefässe herum, Anhäufungen von Granulationszellen und rothen Blutkörperchen, wie sie schon Macek in den von ihm „Syphilis hämorrhagica" genannten Fällen beschrieben hat.

Paul Neisser (Beuthen O. S.)

Pellizzari, Celso. Sul valore relativo dei segni delle sifilide ereditaria tardiva. La settimana medica. Anno L Nr. 13.

Pellizzari demonstrirt einen 14jährigen Knaben, welcher die typischen Zeichen einer Syphilis hereditaria tarda zeigte: vollständige Hutchinson'sche Trias, und ein Gumma am oberen Rande der rechten Augenhöhle. Aus der genau feststellbaren Anamnese ergab sich jedoch, dass der Knabe frühzeitig Syphilis acquirirt haben musste. Vater und Mutter zeigten keine Zeichen von Syphilis. Von dem Kinde acquirirte eine Frau, welche es stillte, schwere Syphilis. P. sieht in diesem Falle seine Ansicht bestätigt, dass auch die frühzeitig acquirirte Syphilis das vollständige Bild der Syphilis hereditaria tarda erzeugen kann.

Spietschka (Prag).

Post, Abner. Intrauterine Infection of Syphilis. Boston medical and surgical Journal. July 23th, 1896.

Post bringt durch drei Fälle einen Beitrag zur Lehre von der intrauterinen Syphilisinfection eines gesund concipirten Foetus. Für die Möglichkeit der Uebertragung einer von der Mutter erworbenen Infectionskrankheit durch die Placenta hindurch auf den Foetus ist der Beweis experimentell erbracht worden. Während keine Durchlässigkeit der unversehrten Placenta für Krankheitserreger besteht (Milzbrandversuche von Branell, Davaine, M. Wolff), ist in einigen Fällen von Uebertragung



eine anatomische Läsion der Placenta (Hämorrhagie, Tuberculose) gefunden worden, welche eine Communication zwischen dem normalerweise vollkommen vom foetalen getrennten mütterlichen Kreislauf und dem des Foetus herstellte. Um einen Fall von anscheinend intrauteriner Syphilisinfection zu einem beweiskräftigen zu machen, sind folgende Punkte zu beachten: Es muss bewiesen werden, dass 1. der Vater vor der Zeugung des Kindes keine Syphilis hatte, 2. die Mutter erst während der Schwangerschaft syphilitisch inficirt wurde, 3. das Kind Zeichen davon hat, dass zweifellos die Syphilis vor der Geburt erworben wurde. Fall 1. Der Vater gibt an, während der Schwangerschaft seiner Frau sich syphilitisch inficirt zu haben (Untersuchung konnte nicht stattfinden). Die Mutter (primigravida) kam im siebenten Monat ihrer Schwangerschaft mit indolenten wunden Stellen an den Labien in die Beobachtung, bekam kurz vor der Entbindung ein allgemeines papulöses Exanthem. Das Kind, ohne syphilitische Erscheinungen geboren, erkrankte am Ende der ersten Woche an allgemeinem maculopapulösem Ausschlag, Schnupfen und Schwäche, welche Symptome nach Quecksilberbehandlung schnell verschwanden. Die zweite Schwangerschaft endete mit der Geburt eines 6—7monatlichen macerirten Foetus. Fall 2. Der Vater gibt an, seine Frau durch einen während ihrer Schwangerschaft erworbenen Schanker angesteckt zu haben (etwa im fünften Monat). Die Mutter zeigt (fünf Wochen nach der Entbindung) Papeln an den Handtellern. Das Kind hat eine schwache allgemeine Roseola und ulcerirte Papeln um den Anus. Fall 3. Der Vater ist (nach Angabe der Frau) wegen eines Geschlechtsleidens in ärztlicher Behandlung. Die Mutter kommt (im dritten Monat gravida) mit eitriger Urethritis, Vaginitis und einer primäraffectverdächtigen Stelle am Cervix in die Behandlung, hatte später Roseola, Plaques muqueuses. Das Kind kam mit papulösem Ausschlag, eitriger Augen- und Nasenentzündung und Plaques an den Mundwinkeln zur Welt. Felix Pinkus (Breslau).

Proksch, J. K. Betrachtungen über die neueste und ältere Behandlung der Syphilis. Medicin. chirurg. Centralblatt Nr. 1, 2 und 3. 1896.

Proksch gibt eine Art historisch kritische Würdigung der Berechtigung des Mercurialismus und Antimercurialismus und bekennt sich dabei von Neuem als Anhänger des letzteren. Der Autor bezeichnet alle, auch die von wissenschaftlichen Arbeitern wie Fournier, Neisser, v. Marschalko in den letzten Jahren versuchten Syphilis-Statistiken als unbrauchbar, weil dieselben sich zum Theile auch auf retrospective, unverlässliche z. B. anamnestische Momente stützen. (Ist nicht für alle Statistiken richtig. Ob der Autor z. B. auch die Statistik Jadassohn's vom Grazer Congress d. D. D. Ges. 1895 kennt und gemeint hat? Refer.) Eine Ausnahme mache nur Lewin's Statistik aus dem Jahre 1869. Während der Autor also einerseits überhaupt entschieden gegen die Berechtigung auftritt aus statistischen Erhebungen etwas für den Nutzen oder Schaden des Mercurs bei der Behandlung der Syphilis z. B. im Sinne der Verheilung von Spätformen zu deduciren, wendet er sich noch ent-



schiedener gegen die prolongirte, intermittirende Behandlung im Sinne Fournier's. Diese stifte keinen nachweisbaren Nutzen, aber dafür reichliche Syphilidophobie. Auf einzelne Fälle in der Litteratur gestützt, glaubt sich der Autor zu der Annahme berechtigt, dass dieses Mittel unverlässlich und gefährlich sei. Referent in diesem Punkte vom Autor in einer seiner Arbeiten über Oleum cinereum — (Erfahrungen über das Oleum cinereum. Wiener med. Blätter 1889. Capitel über „sogenannte Idiosynkrasie") citirt, möchte hier nur nochmals darauf hinweisen, dass er wohl genügend nachgewiesen zu haben glaubt, dass die sogenannte Idiosynkrasie in nahezu allen Fällen auf Unkenntniss und Unvorsichtigkeit der Aerzte, nicht aber auf der Gefährlichkeit des Mercurs beruhe. Es ist z. B. retrospectiv nicht nachweisbar und in dem von dem Autor citirten Falle Sackur's auch nicht bewiesen, dass eine einzige mercurielle Einreibung eine Nephritis mercurialis hervorgerufen hatte, die letal endigte. Wahrscheinlich ist vielmehr, dass hier eine Nephritis vorlag, die an sich eine Contraindication gegen jede mercurielle Behandlung abgibt. Bei der sonstigen historischen Treue des Autors ist ein derartiges Citat geradezu unverständlich und kann nur als geradezu tendenziös bezeichnet werden. — Ueberhaupt scheint es dem Referenten schade um die viele Mühe des Autors zu sein, die sich dieser gab, das historische Moment mit einer so actuellen Frage, wie die der Syphilis-Therapie zu verquicken. Wir müssen als ethisch denkende und moralisch denkende Menschen und Aerzte zunächst von etwas innerlich überzeugt sein, um es an unseren Mitmenschen zu versuchen. Herr Proksch ist es vom Nutzen des Mercurs in der Syphilistherapie nicht und jeder wird es nur billigen, wenn er dem entsprechend handelt und behandelt. Die ehrliche Arbeit anderer aber deshalb als „bombastisch, vollkommen unwissenschaftlich, als Dunstgebilde" zu bezeichnen, wie es der Autor z. B. den Arbeiten Neisser's gegenüber thut, weil derselbe auch anamnestische Daten der Patienten mit zu seiner Statistik zu verwenden wagt, ist nur von jemandem zu erwarten, dessen innere Stimmung tendenziös ist. Heutzutage aber bei Infectionserkrankungen so überaus voreingenommen sein darf sich wohl ein strenger Historiker erlauben, nicht aber ein praktischer Arzt. — Die historische Forschung hat, so glaubt der Referent, in seinem Innersten davon überzeugt, dem Autor zurufen zu müssen, mit der modernen Syphilisbehandlung nichts zu thun, hier hat nur die directe Forschung und Statistik zu sprechen, die wir, wollen wir dies auch von uns haben, auch bei anderen ernsten Forschern und Collegen als wahre, ungefälschte annehmen. Ullmann.

Rice, C. C. The Importance of Administering jòdide of potassium in laryngeal diseases of doubthel diagnosis. New-Yorker med. Record. 6. Juli 1895.

Rice betont die Nothwendigkeit einer specifischen Behandlung mit Jodkali und Quecksilber in allen zweifelhaften Fällen von Larynxerkrankung und führt einige Beispiele an, in denen Syphilis und Tuberculose verwechselt wurden. J.



Riecke, Erhard. Die Syphilis und der Guajak. Inaug.-Diss. Halle 1895.

Riecke behandelte elf Fälle von secundärer Syphilis mit Guajakharz in Dosen von 4—8 Gr. 16—42 Tage lang; acht davon heilten oder wurden erheblich gebessert, drei reagirten nicht auf das Harz, wurden aber auch durch Hg nicht prompt geheilt. Ein Fall recidivirte nach kurzer Zeit, bei den anderen Fällen ist über Recidiv nichts mitgetheilt. Versuche mit den beiden Componenten des Harzes, der Guajaconsäure und der Guajakharzsäure ergaben ein negatives Resultat. Verf. empfiehlt den G. für diejenigen Patienten, welche eine Idiosynkrasie gegen Mercur besitzen. Als Einleitung gibt R. eine kurze Geschichte der Syphilis und deren Behandlung mit Guajak. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Rille, J. Ueber Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit. Wiener medic. Presse. 1896. Nr. 3—6.

Rille berichtet über das Resultat einer Reihe therapeutischer Versuche an Syphiliskranken mit Kaliumquecksilberhyposulfit, $3\ Hg\ (S_2O_3)_2 + 5K_2S_2O_3$. Die Substanz stellt weisse, in Wasser leicht lösliche Krystalle mit einem Quecksilbergehalte von 31.84% dar. Das Präparat erwies sich als ein wenig giftiges, das in Dosen von 2—3 Centigrammen pro die therapeutisch als gut wirkend und niemals von lokalen oder allgemeinen Reactionserscheinungen gefolgt bezeichnet werden muss. — Rille resumirt seine auf der Klinik Hofrath Neumann's ausgeführte Versuchsreihe dahin, dass er sagt, „das Kaliumquecksilberhyposulfit muss mit Recht als ein wirksames Antisyphiliticum bezeichnet werden. Der ausgedehnten praktischen Verwendung steht nur der kaum corrigirbare Nachtheil der leichten Zersetzlichkeit gegenüber, wodurch einerseits die Dosirung und wohl auch der therapeutische Effect beeinträchtigt wird, andererseits aber auch unangenehme, locale Nebenwirkungen entstehen können. Nur frisch bereitete Lösungen können ihren Zweck erfüllen. Dieser Uebelstand macht sich weniger fühlbar, wenn man die Injectionen in grösseren Intervallen von etwa 5—8 Tagen (0·5 : 10·0 Aqua; davon 1 Pravaz'sche Spritze à 1 Gramm) in der angeführten, etwas grösseren Dosirung vornimmt. — 28 kurze Auszüge aus Krankengeschichten illustriern das Gesagte. Ullmann.

Rochon. Des indications de la sérothérapie dans la syphilis. La médecine moderne. Nr. 70. 1896.

Ausgehend von der Thatsache, dass die Serumtherapie der Syphilis bessere Erfolge in der tertiären als in der secundären Periode gegeben hat, sucht Rochon die Gründe dafür ausfindig zu machen. Vorweg genommen werden kann, dass sich dem Verfasser die Serumtherapie auch vortheilhaft erwies bei maligner Syphilis praecox und bei Neurasthenie in Folge von Syphilis. Rochon berichtet zunächst einen Fall von maligner Syphilis praecox, der — erst ambulatorisch behandelt — absolut keine Besserung, sondern sogar Verschlimmerung zeigte. Nach der Aufnahme in's Hospital trat schnelle Besserung ein, obgleich wegen Stomatitis täglich nur 0·05 Protojodured gegeben werden konnte. Hier war

es offenbar die Ruhe und die Pflege, welche es dem herabgekommenen Körper ermöglichte, sich zu erholen und das im Körper aufgestapelte Hg. nutzbar zu machen. Es ist also bei der Quecksilber- und Jodbehandlung ein kräftiger Körper nothwendig. Ferner ist zu bedenken, dass der Körper auf jeder Infection durch Production von Antitoxinen antwortet und diese wird auch wieder um so grösser sein, je kräftiger der Körper noch ist. Es wird daher im allgemeinen bei secundärer Lues, wo der Körper noch nicht herabgekommen ist, der Körper durch Production von Antitoxinen in Verein mit dem Quecksilber und Jod, allein mit der Infection fertig werden. Handelt es sich aber um geschwächte Organismen, wie man es bei der tertiären Lues, bei der malignen Syphilis praecox und bei Neurasthenie in Folge von hartnäckiger Syphilis zu thun hat, so ist die Serumtherapie am Platze: sie liefert dem geschwächten Organismus die Antitoxine, die er nicht zu produciren vermag. Als Beweis für die Richtigkeit seiner Schlüsse fügt Rochon drei Krankengeschichten von Neurasthenia syphilitica an, in denen die Serumtherapie glänzende Erfolge gehabt. In diesen Fällen bestanden absolut keine anderweitigen Manifestationen der Syphilis mehr, ausser geschwollener Milz, als die nervösen Erscheinungen.

Spiegelhauer (Breslau).

Rochon-Duvigneaud. L'huile biiodurée de M. Panas. Les avantages dans le traitement de la syphilis. Ref. in La médicine moderne. 1896. Nr. 79.

Rochon-Duvigneaud gibt Vorschriften für die Zubereitung eines 4 Mgr. Quecksilberjodid pro Ccm. enthaltenden Oeles, das an einem vor Licht geschützten Orte aufzubewahren ist. Er empfiehlt es gegen Syphilis intramusculär alle 2 Tage 15—30 Mal einzuspritzen und rühmt die Verträglichkeit und die guten Heilerfolge des Präparates.

Doyé (Breslau).

Scarenzio. Sulla cura della sifilide congenita Clinica moderna anno I. Nr. 9—10.

An der Hand der Krankengeschichten zweier an schwerer hereditärer Lues leidender Kinder bespricht Scarenzio die bisher geübten Behandlungsmethoden und empfiehlt die von ihm in diesen Fällen stets angewendeten Calomelinjectionen. Bei den ersten der beiden Fälle, einem 3½jährigen Mädchen mit schweren osteo-chondritischen und anderen gummösen Erscheinungen, machte Scarenzio im Verlauf von 14 Tagen zwei intramusculäre Calomelinjectionen à 0·05 Gr. und erzielte dadurch einen schnellen Rückgang aller nachweisbaren luetischen Processe. In dem zweiten Falle (Kind von 5 Monaten) genügten 2 Injectionen à 0·03 Calomel, um ein hartnäckiges ausgebreitetes papulo-crustöses Syphilid zum Schwinden zu bringen. Ferdinand Epstein (Breslau).

Schamberg. Severe Stomatitis following the Administration of Potassium Judrel. The Medical and Surgical Reporter vol. LXXV. Nr. 2. 11. Juli 1896.



Schamberg hat einen Fall beobachtet, bei welchem nach kurz dauerndem Gebrauche kleiner Dosen Jodkali — es bestand eine ausgesprochene Idiosynkrasie — ausser Schnupfen, Conjunctivitis etc. auch eine richtige Stomatitis mit Ulcerationen am Zahnfleisch und an der Zunge, Speichelfluss u. s. w. auftrat. Anlässlich dieser Beobachtung weist er auf die öfters vernachlässigte seiner Ansicht nach feststehende Thatsache hin, dass Jodkali eine von der Stomatitis mercurialis nicht zu unterscheidende Stomatitis verursachen könne. Paul Oppler, Breslau.

Stoukowenkoff. Traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de solutions de mercure. Wratch. 1895. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1895, p. 699.

Stoukowenkoff hat bei dreissig Patienten eine Reihe von 564 intravenösen Injectionen gemacht und kommt zu dem Schlusse, dass, um eine genügende Wirkung zu erreichen, täglich im Durchschnitt 10 Milligramme metallisches Quecksilber zu injiciren sind, dass ferner die Summe des für eine Cur angewendeten Quecksilbers nicht 260 Milligramm übersteigen soll, dass die Ausscheidung durch Harn und Schweiss parallel der injicirten Menge ist. Im Gegensatz zu Baccelli glaubt St., dass man zu intravenösen Injectionen ebensoviel Hydrargyrum, wie zu subcutanen brauche, vorausgesetzt dass diese nicht mit dem Eiweiss coaguliren. Die oft hervorgehobenen Nachtheile der Methode (Phlebitis, Thrombose, Abscesse) hält er für vermeidbar und irrelevant.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Tacchetti. Le alte dosi di sublimato corrosivo nella sifilide. (Annali di Medicina Navale fasc. III, 1896.) Ref. in Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. 2 Maggio 1896.

Tacchetti hat 14 junge kräftige Seesoldaten, von denen 8 mit frischen Lueserscheinungen, 6 mit Luesrecidiven ins Hospital kamen, mit hochdosirten Sublimatinjectionen behandelt und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Dosen von 5 Centigr. Sublimat (alle 4—5 Tage intramusculär injicirt) sind völlig gefahrlos, machen keine Infiltrate und sind nur wenig schmerzhaft. 2. Zur Injection eignen sich am besten die Muskeln, welche der Fossa iliaca externa aufliegen; die Injectionen sollen ca. 4—5 Cm. von der Crista iliaca ausgeführt werden; in dieser Gegend werden die Injectionen besser, als an irgend einer anderen Körperstelle vertragen. 8. Bei Anwendung seltener aber reichlicherer Sublimatdosen reicht das oben erwähnte Injectionsgebiet an den Glutäen für eine Cur gut aus, so dass nicht ein so grosser Theil der Körperoberfläche zur Application der Injectionen herangezogen zu werden braucht, wie bei täglicher Einspritzung kleiner Dosen. 4. Schliesslich spart bei dieser Medication Arzt und Patient Zeit. Ferdinand Epstein (Breslau).

Tirelli. Intossicazione mercuriale acuta per sale mercurico. Annali di freniatria 1896. Ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 137. 1896.

Tirelli berichtet den Fall einer 60j. Frau, welche nach dem Genusse von 15 Centgr. Calomel alsbald mit schweren gastro.-intestinalen Er-



scheinungen erkrankte und am 13. Tage starb; bei der Autopsie fand sich Stomatitis, gelb-röthliche Färbung der Leber und leichte Gastro-enteritis hämorrhagica. Im Anschluss an diesen Fall stellte T. Versuche an über den Einfluss der Quecksilbersalze auf den Organismus und fand, dass sich die Wirkung dieser Mittel theilt, und zwar in eine Wirkung auf das Centralnervensystem, welcher die Gastro-intestinalen Erscheinungen folgen, welche eng verbunden sind mit der eliminirenden Dunition der Schleimhaut. Ferdinand Epstein (Breslau).

Touton. Ueber einige Fragen in der Syphilisbehandlung. Vortrag gehalten im ärztl. Verein zu Wiesbaden. Dec. 1895. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 1. Jan. 1896.

Nach einem Ueberblick über den Stand der Frage, ob die chronisch-intermittirende (Fournier-Neisser'sche) oder die symptomatische Hg-Behandlung der Lues besser vor dem Tertiarismus schütze, und nach Skizzirung der diesbezüglichen Verhandlungen auf dem Grazer Congresse (1895), bekennt sich Touton als Anhänger der ersteren Therapie. Unter den Punkten, welche für seine Ansicht sprechen, hebt er besonders die auf dem Grazer Congresse von Jadassohn publicirte Statistik des Breslauer Prostituirtenmateriales hervor. Den Umstand, dass Fournier selbst mit den Resultaten seiner Methode noch nicht recht zufrieden ist und dass er von Jahr zu Jahr längere Zeiträume zur Behandlung fordere, erklärt sich Touton aus der inneren Verabreichung des Quecksilbers. Touton selbst hält die Inunctionscur für das Ideal der Quecksilbereinverleibung und steht den Hg-Injectionen, namentlich denen ungelöster Präparate, sehr ablehnend gegenüber. Auch T. plaidirt für die Excision des Primäraffectes, wenn der Sitz der Sclerose der kleinen Operation keine Schwierigkeiten entgegensetzt. Den Schluss des Vortrags bildet der Bericht über einen Fall von Reinfectio syphilitica bei einem Patienten, welcher innerhalb von 5 Jahren 5 Hg-Curen durchgemacht, und ein Jahr vor dem Erscheinen des zweiten Primäraffectes und des zugehörigen maculösen Exanthems bereits ein tuberöses Syphilid am Penis dargeboten hatte.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Urbahn, Karl. Ueber das Jodrubidium. Inaug.-Diss. Kiel. 1895.

Urbahn hat an sich selbst und an mehreren Patienten Versuche mit Jod-Rubidium als Ersatz von Jodkalium gemacht. Er lobt den angenehmen Geschmack und die relativ geringere Häufigkeit des Eintretens unangenehmer Nebenwirkungen. In der Resorption wie in der Excretion verhalten sich beide Mittel ziemlich gleich.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Vieviorovsky. Essais du traitement de la syphilis secondaire par le sérum sanguin des syphilitiques tertiaires. Wretch. Ref. in Journal des mal. cut. et syph. 1895. p. 744.

Vieviorovsky injicirte frisch inficirten und mit secundären Erscheinungen behafteten Syphilitikern Blutserum tertiär Syphilitischer und will davon sehr gute Resultate gesehen haben: Gewichtszunahmen bis zu 6½ Pfund in 5 Tagen, Ulcerationen, Indurationen verschwanden



sehr, maculöse Exantheme nach 3—5 Injectionen, papulöse nach 11 bis 12 Tagen, Papeln des Hodens und des Afters nach 3—4 Injectionen. Einen Schutz gegen Recidive boten diese Injectionen nicht, diese verschwanden sogar unter erneuten Seruminjectionen langsamer, als zuerst.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Vignes. De la valeur comparative du traitement iodé dans les chorioidites. Soc. franc. d'ophthalmologie. Session du mai 1896. Ref. in La semaine méd. 1896. Nr. 23.

Vignes hat in Fällen von Chorioiditis (Irido-Chorioiditis und Sclero-Chorioiditis) „rheumatischen Ursprungs“, in denen Jodkali, innerlich bis zu 4 Gr. pro die genommen, ohne jeden Erfolg war, subconjunctivale Injectionen einer 1% Lösung von Jod in Jodwasser versucht und rühmt den prompten Erfolg dieser Medication. Bei Chorioiditiden syphilitischer Natur ist eine Hg-Cur vorzuziehen. Ferdinand Epstein (Breslau).

Wälsch, Ludwig. Ueber die Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilber-Hyposulfit. Prager medic. Wochenschr. 1896. Nr. 30—36.

Wälsch berichtet über 73 Fälle von Syphilis in verschiedenen Formen, welche mit Injectionen von v. Dreser in die Therapie eingeführten Hydrarg. kalium subsulfurosum behandelt wurden. 39 Fälle waren Patienten mit frisch acquirirter Lues, während es sich bei den übrigen 34 um Recidiveruptionen handelte. 29 der letzteren waren vorher verschiedentlich behandelt, 5 unbehandelt geblieben. Bei 26 Fällen gelangte eine Lösung von Hg-Ka. subsulfurosi 0·45 auf 20·0 Aqua zur Verwendung; im ganzen wurden davon 148 Injectionen gemacht. Von diesen waren 41 = 27·7% von unangenehmen Erscheinungen begleitet, u. zw. Schmerzen im Unterleib, Erbrechen, Diarrhoeen nach 23 Injectionen, Infiltration und Schmerzen an der Injectionsstelle durch 1—8 Tage nach 15 Injectionen, Stomatitis mit starken Unterleibschmerzen nach 1 Injection, Abscessbildung nach 2 Injectionen.

In 6 Fällen musste mit der Behandlung ausgesetzt werden, u. zw. weil unter derselben in einem Falle (18 Inj.) immer neue Schleimhauteruptionen auftraten, in 2 Fällen wegen Magendarmerscheinungen, in einem Falle entwickelte sich ein Abscess und schwere Stomatitis, in einem Falle wegen Auftreten einer Iritis unter der Behandlung (12 Inj.), in einem Falle wegen Resistenz gegenüber der Therapie und starker Diarrhoeen.

Gebessert entlassen wurden vor Schluss der Behandlung 4 Fälle, symptomlos entlassen 16 Fälle. Zum Schwinden der Erscheinungen waren durchschnittlich nothwendig (bei entsprechender Localbehandlung):

bei Sclerose und secundären Erscheinungen	10	Inject.
„ maculösem Exanthem	4	„
„ Exanthem mit anderen secundären Erscheinungen	6	„
„ maculo-papulösem Exanthem	6	„
„ Genitalpapeln	5	„

bei Genital- und Schleimhautpapeln	6 Inject.
„ Schleimhautpapeln	2—3 „

Die übrigen 47 Fälle wurden mit Lösungen von doppelter Concentration i. e. 0·9 auf 20 behandelt, hier berichtet W. über im Ganzen 284 Injectionen. Von diesen hatten 61 = 21·4% unangenehme Folgeerscheinungen u. zw.

Infiltration und Schmerzen an der Injectionsstelle bei	24 Injectionen
Magen- und Darmerscheinungen	32 „
Stomatitis	3 „
Abscesse	2 „

In 6 Fällen musste mit dem Mittel während der Behandlung ausgesetzt werden, u. zw. in einem Falle wegen Stomatitis, in 3 Fällen mangels eines therapeutischen Effectes, in 2 Fällen wegen heftiger Magen- und Darmerscheinungen. Gebessert entlassen wurden vor Abschluss der Behandlung 10 Fälle.

Die Krankheitserscheinungen waren durchschnittlich geschwunden

	Männer	Weiber
bei Sclerose mit secundären Erscheinungen	nach 10 Inject.	— Inject.
„ maculösem Exanthem	„ 5 „	—
„ Exanthem mit anderen secun. Erscheinungen	„ 8 „	5 „
„ Schleimhautpapeln	„ 4 „	2—5 „
„ Genitalpapeln	„ 5 „	2—4 „
„ Genital- und Schleimhautpapeln	„ — „	2—5 „

Recidive nach dieser Behandlung konnte W. bei 7 Männern und 20 Weibern innerhalb der nächsten 2—4 Monate nach Schluss der Therapie eruiren. Es ist demnach der symptomfreie Intervall bei dieser Behandlungsmethode nicht grösser als bei dem anderen.

Als besondere Nachtheile des Mittels hebt W. noch 1. die leichte Zersetzlichkeit hervor, 2. den hohen Procentsatz der unangenehmen Complicationen, weswegen dasselbe in der Ambulanz der Klinik von F. J. Pick, der das besprochene Material angehörte, nicht verwendet werden konnte.

Victor Saar (Pilsen).

Ziegelroth. Zur Hydrotherapie der Lues. Blätter für klinische Hydrotherapie. 1896. Nr. 9.

Zu den vielen antimercurialistischen Publicationen gesellt sich eine neue, von Ziegelroth aus Lahmann's Sanatorium „Weisser Hirsch" bei Dresden. Er berichtet über eine 4 Jahre nach der Infection trotz sehr intensiver Quecksilberbehandlung aufgetretene Gehirnlues mit Sprachstörungen, welche nach Anwendung von hydrotherapeutischen Massnahmen und möglichst flüssigkeitsarmer Nahrung bis auf die zurückgebliebene Pupillenstarre völlig geheilt worden sei. Paul Neisser (Beuthen O. S.).



Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

v. **Reisner**, A. Das lepröse und tuberculöse Darmgeschwür bei Lepra. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXII.

Reisner fand bei einem Falle von Lepra tuberosa in der Darmwand und zwar hauptsächlich im Colon, doch auch noch weit im Ileum zahlreiche, 2—3 Cm. im Durchmesser aufweisende flache Geschwüre mit scharfem, beinahe reactionslosem Rand, welche steil zum markig infiltrirten Grunde abfielen. In den Lungen prämortal entstandenes Oedem. Bei zwei weiteren Fällen von Lepra, die zur Section kamen, fanden sich neben Erscheinungen hochgradiger Lungentuberculose, die schon intra vitam nachweisbar gewesen, im Dickdarm ebenfalls, aber grössere Geschwüre mit hohen, wulstartig verdickten und lividroth verfärbten Rändern, die bis an die Serosa reichten. In dem einen der beiden Fälle ausserdem am Peritoneum miliare Knötchen und grössere Käseherde. Im ersten Falle fand sich mikroskopisch flache Infiltration, keine Verkäsung, und überhaupt wenig Neigung zu regressiven Metamorphosen, keine Riesenzellen, sehr zahlreiche einzel liegende Bacillen und Bacillenhaufen, die schon nach Färbung durch $1\frac{1}{2}$' in Carbolfuchsin der Entfärbung widerstanden. In dem 2. und 3. Falle reichte das Granulom weit nach unten in die Serosa und war viel mächtiger, ferner fanden sich Riesenzellen und im 3. Falle spärliche Bacillen, die aber erst nach langer Einwirkung von Carbolfuchsin sich gefärbt hatten. Die Geschwüre des ersten Falles hält v. Reisner für lepröse, die des 2. und 3. für tuberculöse.

Ludwig Waelsch (Prag).

Ehlers, Edward. Aetiologische Studien über Lepra, besonders in Island. Dermatolog. Zeitsch., 1896. Bd. III. Heft 3.

Nach einem kurzen Abrisse der Geschichte der Lepra übergeht Ehlers zur Beschreibung der Ausbreitung der Lepra im 19. Jahrhunderte, wobei er die Verhältnisse auf Island ganz besonders ins Auge gefasst hat; Ehlers bespricht da des näheren die geographische Vertheilung der Lepra in Island, und hebt ferner detaillirt die besonderen Umstände her-

vor, welche die Ausdehnung der Lepra auf Island begünstigten, so die schlechten Wohnungs-, Nahrungs- und Arbeitsverhältnisse des ärmeren Theiles der einheimischen Bevölkerung, Uebelstände, die eine wirksame Bekämpfung der Lepra auf Island sehr erschwerten. Endlich citirt Ehlers eine grosse Menge von Krankheitsfällen in einzelne Gruppen geordnet, um die verschiedenen Wege der Uebertragung der Krankheit zu veranschaulichen. Bezüglich der Details muss auf das Original verwiesen werden. Gustav Tandler (Prag).

Lassar, O. Ueber die Lepra. Dermatologische Zeitschrift. 1896. Band III. Heft 1.

Lassar betont die Wichtigkeit der Isolirung von Leprakranken und mahnt zur Vorsicht und zum rechtzeitigen Ergreifen von Schutzmassregeln gegen das Vordringen der Lepra in Deutschland wegen der Gefahr von seiten des benachbarten Russland, wo die Lepra-Fälle in stetiger Zunahme begriffen seien. Gustav Tandler (Prag).

Kellogg, C. J. Zur pathologischen Anatomie der Lepra der Nervenstämme. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXII.

Kellogg formulirt die Ergebnisse seiner Untersuchungen über den Sitz der Leprabacillen und deren Verhalten zu den Nerven einerseits, dem bindegewebigen Endoneurium andererseits in folgenden Sätzen: Die grösste Mehrzahl aller Colonien findet sich auf den Nerven und gar nicht im intrafasciculären Bindegewebe, am wenigsten innerhalb dessen sehr dürftig ausgestatteten Zellen. Es fehlen alle Zeichen einer reactiven Wucherung des fibrillären Bindegewebes, es fehlen jene viele Plasmazellen und grosse nahezu nackte Kerne, welche nach Unna regelmässig bei der leprösen Invasion des Hautgewebes auftreten, und aus diesem Grunde eben tritt das Princip der Bacillenwucherung in den Lymphspalten hier im Allgemeinen noch deutlicher hervor als an der Haut. Die Invasion des untersuchten N. medianus ist hiernach zu bezeichnen als eine bacilläre Druckatrophie des Nerven ohne compensirende Bindegewebshypertrophie. Im Gegensatze zu Lie behauptet Kellogg, dass die Bacillen auch nicht einmal in die atrophirenden und ihres Markes beraubten „Nervenröhren" einwandern, sondern auf denselben sitzen, und in die Nerven eingedrückt sind. Die von Lie hervorgehobenen Druckerscheinungen an den Kernen erklären sich ebenso gut bei einem extraneuralen Sitz der sich vergrössernden Bacillencolonien, wie bei einem intraneuralen. Die von Lie als Beweismittel herangezogenen „besonders langgestreckten Zellen" des Endoneurium existiren nach Kellogg nicht, und die zu Grunde liegenden Bilder sind wahrscheinlich auf marklose Nerven mit aufsitzenden Bacillenhaufen zu beziehen. Ludwig Waelsch (Prag).

Dehio, Karl, Prof. Dr. Der Aussatz einst und jetzt. Dermatologische Zeitschrift. 1896. Band III. Heft 1.

Dehio, einer der besten Kenner der Lepra, bespricht in der vorliegenden Arbeit die Geschichte der Lepra, sowie in umfassender Weise deren geographische Verbreitung in den einzelnen Welttheilen, ferner die gegen die Ausbreitung dieser Krankheit von den einzelnen Ländern



getroffenen Vorkehrungen, im speciellen jene der russischen Ostsee-Provinzen. Gustav Tandler (Prag).

Blaschko, A. Die Lepra im Kreise Memel. Dermatologische Zeitschrift, 1896, Band III, Heft 4.

Blaschko beschreibt seine Wahrnehmungen, die er bei seiner zweimonatlichen Bereisung des Kreises Memel machte, wohin er sich zum Studium der Lepra in Deutschland begeben hatte; er schildert sehr lebhaft die kümmerlichen Verhältnisse, unter denen der überwiegende Theil der einheimischen armen, jedoch kräftig gebauten Bevölkerung zu leben genöthigt ist und übergeht dann zur Beschreibung sämmtlicher aus dem Memeler Kreise bisher bekannten Leprafälle, die B. theils selbst untersuchen konnte, theils aus den Berichten dortiger Aerzte entnommen hat, im Ganzen 25 Fälle, von denen 15 bereits gestorben sind. Als Quelle für die Infection sind die Lepraherde in den benachbarten russischen Provinzen anzusehen. Interessant ist es zu erfahren, dass die preussische Regierung, trotzdem dieselbe bereits 1885 von Michelson auf die drohende Gefahr aufmerksam gemacht worden war, und obzwar es in der Folgezeit an weiteren dringlichen Aufforderungen an die Organe der öffentlichen Gesundheitspflege nicht fehlte, erst im Jahre 1893 einen Bericht des dortigen Physikus sich vorlegen liess, der Folgendes empfahl: 1. Strenge Isolirung der Erkrankten in Leproserien. 2. Durchsuchung des Kreises nach Leprakranken, eventl. Untersuchung der Schulkinder und Confirmanden in Intervallen. 3. Anzeigepflicht auch für nur verdächtige Fälle. 4. Durchforschung der Nachbarkreise. 5. Informirung der Aerzte des Kreises über das Krankheitsbild der Lepra.

Nachdem dann noch ein Streit ausgebrochen, ob nämlich für die erwachsenden Kosten die betreffenden Gemeinden oder der Memeler Kreis oder die Regierung aufkommen sollten, beschränkte sich schliesslich die ganze Thätigkeit der Regierung in dieser wichtigen Angelegenheit auf eine Instruirung der Gendarmen und eine Beschreibung der Lepra im Memeler Kreisblatte. Ausserdem kamen drei Kranke auf Neisser's Veranlassung in die Breslauer Klinik, einer in das Institut für Infectionskrankheiten in Berlin, im Uebrigen blieb nach wie vor Alles beim alten.

Gustav Tandler (Prag).

Morrow, Prince A. Remarks on some of the practical Aspects of the Leprosy Question in New-York. New-York. Medical Journal LXIV. Nr. 19. Nov. 7. 1896.

Morrow hält die Lepra für in hohem Grade ansteckend in gewissen Ländern und unter gewissen Rassen, wesentlich beeinflusst durch Klima, Ernährungs- und Lebensweise. Für die mittleren und nördlichen Theile der Vereinigten Staaten sieht er die Gefahr der Weiterverbreitung als sehr gering an. Im Uebrigen von rein localem Interesse ebenso wie die dem Vortrag folgende Discussion in der N.-Y. Connty Med. Soc.

Hermann G. Klotz (New-York).

Zambaco-Pascha. Aïnhum et Lèpre. Acad. de méd. Séance du 21 juillet. Ref. in Gazette hebdomad. de méd. et de chir. Nr. 61, 1896.



Zambaco-Pascha sucht nachzuweisen, dass „die Aïnhum der Neger" nichts Anderes ist, als eine leichte, monosymptomatische auf Hände und Füsse beschränkte Lepra mutilans. Z. glaubt auch, dass viele unter den Namen: Syringomyelie, Sclerodactylie, Trophoneurose, Morphaea etc. publicirten Fälle, ebenfalls nur Lepraerkrankungen seien.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Carrasquilla. La sieroterapia della lebbra. Accademia medica belgica. Ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 5, 1897.

Carrasquilla entnahm Pferden, welchen er vorher Blut von Leprakranken injicirt hatte, Serum und applicirte dies subcutan anderen Leprakranken; die Erfolge sollen hervorragend günstige sein; objectiv sowie subjectiv und physisch soll die Besserung bezw. Heilung deutlich zu constatiren sein. Ebenfalls sehr gute Resultate wollen Kitasato und Gallay haben; nb.: Letzterer verwendet als serumproducirende Thiere Esel und zur Impfung derselben nicht Blut von Leprakranken, sondern Saft aus Lepromen. Ferdinand Epstein (Breslau).

Duguet. Guérison d'un cas d'actinomycose bucco-faciale. Académ. de méd. Séanc. du 22 juillet. Autoref. in La Méd. mod. Nr. 59, 1896.

Duguet berichtet in der Académ. de Méd. über einen Patienten, den er einige Zeit vorher mit einer ausgebreiteten Actinomycose der Buccofacialgegend vorgestellt hatte; der anfangs sehr progrediente Process soll auf steigende Dosen von Jodkali (bis zu 5 Gr. pro die) prompt zurückgegangen, und die Heilung der Affection schliesslich — unterstützt durch Pinselungen mit Jodglycerin (1 Theil Jodtinctur auf 4 Theile Glycerin) — durch Behandlung der Fisteln mit reiner Jodtinctur definitiv erreicht worden sein. Ferdinand Epstein (Breslau).

Poncet. De l'actinomycoses cervico-faciales (pseudo-actinomycoses). La Médicine Moderne Nr. 85, 1896.

Poncet beobachtete im letzten Jahre 3 Fälle von Phlegmone der Halsregion. In einem Fall erwies sich der Actinomyces-Pilz als Erreger, in den beiden anderen Fällen fanden sich Mycelien von gelber Farbe, nur etwas kleiner und weniger consistent. Im Gegensatz zum Actinomyces trüben sie Agar und Bouillon.

Die Jodkali-Therapie erwies sich bei dieser „Pseudo-Actinomycose" als sehr unzuverlässig. Pinner (Breslau).

Galli-Vallerio. Actinomycosi e pseudo-actinomycosi, a proposito di un caso osservato nell' uomo. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 149, 1896.

Galli-Vallerio bringt ausführlich die Krankengeschichte eines Patienten mit Mandibularactinomycose, die vielleicht noch mit Carcinom complicirt war. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters bei diesem Falle ergab die Anwesenheit zahlreicher Pilzrosetten, deren Filamente meist ohne Anschwellung endeten; in einzelnen Präparaten waren jedoch deutliche Endkolben sichtbar. Im Anschluss an diesen Befund wirft G.-V. die Frage auf, ob überhaupt das Fehlen der Kolben zum Ausschliessen



der Diagnose „echte Actinomycose" berechtige, wie dies z. B. Poncet behauptet. G.-V. ist der Ansicht, dass in vielen Fällen, in denen Pilzrosetten ohne Kolben gefunden werden, es sich um Involutionsformen echter Actinomycosepilze handelt. In solchen Fällen gibt das Culturverfahren Aufschluss. Diese Fälle reagiren auch gut auf Jodkali, während die veritable Pseudo-Actinomycose nach Poncet sich gegen Jodkali gänzlich refractär verhält. Ferdinand Epstein (Breslau).

Blanchard. Pied de madura. Gazette hebdomad. de méd. et de Chir. Nr. 97, 1896.

Blanchard berichtet über die Mittheilung von Legrain über einen neuen (den 6.) Fall von pied de madura aus Algier. Sie enthält klinisch nichts neues; nur bezüglich der Cultur kann L. keine Culturen auf Heuaufguss züchten, wie dies von Kücent angegeben; es wuchsen indessen auf Maltose-Pepton-Agar solche in ausgezeichneter Weise.

G. Zuelzer (Breslau).

Pope, Benjamin F. und **Lamb**, D. S. Mycetoma, the Fungous Foot of India. New-York. Med. Journal LXIV. H. 12. Sept. 19. 1896.

Pope und Lamb berichten über einen im Jahre 1877 in Texas an einem 27 Jahre alten Mexicaner beobachteten Fall von Madura-Fuss, der nach verschiedenen erfolglosen Versuchen mit localer Behandlung durch Amputation des Gliedes geheilt wurde. Die klinischen Symptome waren mit Ausnahme der Abwesenheit dunkler Färbung nicht wesentlich verschieden von den in Indien beobachteten Fällen. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Anwesenheit eines dem der Actinomycosis verwandten Pilzes, war aber nicht im Stande, die Bedeutung derselben für die Entstehung des Processes selbst aufzuklären, eben so wenig wie die vorher veröffentlichten Fälle von in Amerika entstandenem Mycetoma von J. G. Adami und B. A. Kickpatrick in Montréal und J. N. Styde und D. D. Bishop in Chicago. Hermann G. Klotz (New-York).

Hallopeau. Morve chronique chez l'homme Académie de Médécine, séance du 24 novembre. La France médicale Nr. 48, 1896.

Hallopeau bespricht einen von Rémy beobachteten Fall von am Finger localisirten Rotz. Er bedauert, dass die Initialmanifestation, die als Panaritium imponirte, nicht genauer beobachtet und beschrieben worden ist; sie biete jedenfalls diagnostisch verwerthbare Differenzen von den übrigen acuten infectiösen Inoculationen dar. Bei rechtzeitigem Eingreifen sei man vielleicht im Stande dem Weiterschreiten des Virus im Organismus Einhalt zu thun. — Er empfiehlt, bei Thieren mit ähnlich circumscriptem Rotz zu untersuchen, ob der übrige Organismus dem Virus gegenüber sich immun verhalte. Die Diagnose dieses Falles wurde durch Thierimpfung gesichert. G. Zuelzer (Breslau).

Roux-Forestier, Gabriel. Farcin aigu chez l'homme. Société des sciences médicales de Lyon. Ref. in La Province médicale. Nr. 2. 1897.

Roux berichtet über einen von Forestier beobachteten Fall von acutem Rotz beim Menschen: Ein herumziehender Handelsmann, der



oft bei seinem Pferde, welches an einer unbestimmten Krankheit krepirte, im Pferdestall schlief, erkrankte an gastrischen Störungen und allgemeiner Abgeschlagenheit (November 1896). Im December traten multiple, subcutane und subaponeurotische, wenig schmerzende Abscesse auf; keine Drüsenschwellungen, keine Lymphangitiden, jedoch hohes Fieber und einseitige broncho-pneumonische Erscheinungen. Bei seiner ersten Consultation am 14. December konnte Forestier schon die Diagnose „Rotz" stellen. Es folgte dann bald ein leichter pustulöser Ausschlag auf den Extremitäten, Erkrankung des Rachens und der Luftröhre, erysipelatöse Anschwellung der Nase und des Gesichts. Exitus am 19. Dec. 1896.

Von den ihm geschickten (Abscess) Eiter inoculirte Roux einem männlichen Meerschweinchen intraperitoneal; ausserdem impfte er auf Kartoffel. Bei dem Meerschweinchen entwickelte sich, wie 1889 Strauss angegeben, eine eitrige Hodenentzündung. Mit dem Hodeneiter impfte Roux nochmals auf Kartoffeln. Sowohl auf den erst als den später geimpften Kartoffeln entwickelten sich typische Rotzbacillen-Culturen. In der Discussion zweifelt Courmont die Sicherheit des Strauss'schen Beweises an, da nachgewiesenermassen auch bei intraperitonealer Inoculation nicht rotzhaltigen Eiters sich eitrige Hodenentzündungen entwickeln können. Er verweist besonders auf das Mallein und darauf, dass sich Rotzbacillen bei der Gramm'schen Methode entfärben.

Theodor Spiegelhauer (Breslau).

Wright, James Homer. The Histological Lesions of Acute Glanders in Man and of Experimental Glanders in the Guinea-pig. Journal of Experimental Medicine. I. S. 577.

Wright berichtet über einen tödtlich verlaufenen Fall von Rotz, betreffend einen erwachsenen Mann. Die Rotzbacillen wurden in zahlreichen Deckglaspräparaten und durch Culturen auf Löffler'schem Blutserum nachgewiesen. Impfungen von den Culturen, theils in das subcutane Gewebe, theils in die Bauchhöhle von Meerschweinchen rufen mit einer Ausnahme, die charakteristischen Erscheinungen des experimentellen Rotzes hervor: acut entzündliche Vorgänge im Scrotum und in den Hoden, und graue tuberkelähnliche Knoten in verschiedenen Körpertheilen: Leber, Milz, Niere etc.

Eine Färbung der Bacillen in Schnitten gelang W. nicht. Die mikroskopische Untersuchung von Präparaten aus der Haut, einem Abscess der Achselhöhle, Lymphdrüsen, Musc. pestoralis, Lungen und Nieren zeigte herdweise entzündliche Infiltration mit Eiterung und Necrose, besonders in den Lungen; in Milz und Leber fanden sich nur geringe Veränderungen.

Auf Grund der histologischen Untersuchung der experimentell an Meerschweinchen erzeugten Veränderungen in der Leber, Milz, Lunge, Lymphdrüsen, Nabennieren, Hoden und Nieren kann W. der Ansicht Baumgarten's nicht beistimmen, dass beim Rotztuberkel die Vorgänge dieselben wie bei dem tuberculösen Knötchen seien, nämlich Bildung epitheloider Zellen, zwischen denen später Leukocyten auftreten und dass



später Eiterung und Nekrose auftrete. Er findet in Uebereinstimmung mit Fedeschi, dass die Rotzbacillen eine primäre Gewebsnecrose hervorrufen, gefolgt von entzündlichen Exsudaten, oft eitriger Natur. Die Entzündungsproducte erleiden rasch Degeneration.

Hermann Gr. Klotz (New York).

Erdmann, John F. Malignant Pustule of the Face. New-York. Med. Journal. LXIV. Nr. 7. 15. Aug. 1896.

Erdmann berichtet über ein 3 Cm. im Durchmesser haltendes Geschwür auf der rechten Wange eines Dockarbeiters, entwickelt in Anschluss an oberflächliche Verbrennung. Bacill. Anthrac. reichlich entwickelt. Abwesenheit von Fieber und andern Allgemeinerscheinungen. Heilung. Hermann Gr. Klotz (New-York).

Troquard. Pseudo-pustule maligne. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. Ref. in Gazette hebdomad. de chir. et de méd. Nr. 47. 1896.

Troquard berichtet von einem jungen Mädchen, bei welchem er im Anschluss an den Stich einer grossen Fliege auf dem Handrücken die Entwicklung einer Pseudo-pustula maligna mit ausgedehnter erythematöser Röthung der angrenzenden Vorderarmpartien constatiren konnte. Die Patientin, die übrigens noch an einem Herzfehler leidet, hatte vor 2 Jahren ähnliche Erscheinungen nach dem Stiche einer Bremse dargeboten. Ferdinand Epstein (Breslau).

Zettnow. Beiträge zur Kenntniss des Bacillus der Bubonenpest. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Bd. XXI. Heft. II.

Zettnow studirte im Koch'schen Laboratorium das Verhalten des Bubonenpestbacillus. Bei Anwendung der Löffler'schen Geisselfärbungsmethode zeigten die Bacillen eine breite vom Verfasser als Protoplasma, bezw. Bakterienzelleib, angesprochene Hülle. Neben den häufig in ihrer fast kugeligen Gestalt und Anordnung an Streptococcenketten erinnernden Bacillenverbänden finden sich in den Reinculturen auch länglich gestreckte Formen. Zettnow hält den Pestbacillus für unbeweglich und bestreitet das Vorhandensein einer Kapsel, wie es von Kitasato und Yersin analog dem Befund beim Fränkel'schen Diplococcus etc. vermuthet wurde. Hugo Müller (Mainz).

Diliberto, Francesco. Sulla trasmissibilitá del Mollusco contagioso. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXI. 1896. Fak. III., pag. 375.

Diliberto stellte an Tommasoli's Klinik Versuche über die Uebertragbarkeit des Molluscum contagiosum an. Zu den Versuchen wurde Detritus frischer Mollusca verwendet, welcher theils auf die unverletzte, theils auf die erodirte Haut der Stirn oberhalb der Augenbrauen fünf Kindern eingerieben wurde, welche wegen anderer Dermatosen die Sicherheit einer langen klinischen Beobachtung boten; bei einer 60jährigen Frau, welche an einem grossen Sarcome der inguinalen Lymphdrüsen litt, wurde an der Innenfläche des Schenkels in den Rand der exulcerirten Geschwulst ein $1\frac{1}{2}$ Cm. langer und $\frac{1}{2}$ Cm. tiefer Schnitt gemacht



und gleichfalls dieser Detritus eingeführt. Bei 4 Kindern und dem Weibe, welches allerdings kurz darauf seinen Leiden erlegen war, blieb das Resultat negativ. Bei einem Kinde jedoch entwickelten sich 3 Mollusca, jedoch merkwürdigerweise nicht an den Impfstellen, sondern mehrere Centimeter davon entfernt, am inneren Augenwinkel. 2 davon fielen nach 4 Monaten ab, das 3. bestand noch in der Grösse eines Getreidekornes nach 14 Monaten. Spietschka (Prag).

Erythematöse, ekzematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

Dubreuilh. Erythème fixe causé per l'antipyrine. Traveaux de la Clinique de Dermatologie de Bordeaux 1895.

Bei Dubreuilh's Patientin trat jedesmal nach Antipyringebrauch an derselben Stelle der linken Wange eine runde, prominente, stark infiltrirte, scharf abgegrenzte, hellrothe Plaque auf, die gewöhnlich innerhalb zweier Tage wieder verschwand und nur eine ganz geringe bräunliche Verfärbung zurückliess. Paul Oppler (Breslau).

Briquet. A propos d'un cas exceptionnel d'intolérance pour l'antipyrine. Journal de méd. et de chir. F. I., XVII. 1896, Nr. 24, p. 929.

Briquet hat folgenden interessanten Fall beobachtet: Ein junger Mann, der mehrmals 0·5—1·0 Antipyrin ohne Schaden vertragen hatte, reagirt, nachdem er einen Typhus überstanden, auf jede Dosis Antipyrin mit einem stark juckenden, Blasen und Ulcerationen bildenden Ausschlag an den Genitalien und weiterhin mit Blasen und starker Schwellung im Munde. Besonders interessant ist, dass diese Reaction auf immer kleinere Dosen mit immer grösserer Heftigkeit eintrat (zuletzt nach 8 Cgr.: Analgesie innerhalb 25 Minuten). Der Verfasser meint, dass bei diesem Pat. der Typhus die vorher vorhandene Toleranz gegen das Antipyrin vernichtet hat, ob durch eine Steigerung der Nervenerregbarkeit oder durch eine Veränderung der Ausscheidungsbedingungen lässt er zweifelhaft. (Doch ist es überhaupt keineswegs festgestellt, dass der Typhus etwas zur Entstehung dieser Idiosynkrasie beigetragen hat).

J. Jadassohn (Bern).

Cantrell, J. Abbot. A Cutaneous Outbreak, presumably due to the Ingestion of Acetate of Potassium. New-York. Med. Journ. LXIII., p. 381. 21. März 1896.

Cantrell beschreibt den Ausbruch eines eigenthümlichen Exanthems auf den Armen eines 68jährigen Patienten, der wegen Rheumatismus längere Zeit Kali aceticum in Dosen von 1·25 Gr. alle 3 Stunden genommen hatte. Innerhalb eines etwa 5 Zoll im Durchmesser haltenden Hautbezirks auf der vorderen und inneren Seite des rechten Oberarms fanden sich durch gesundes Gewebe von einander getrennt Gruppen



kleiner Papeln, auf deren Spitze kleine Blasen entstanden, die bald zu einer Epidermisschuppe eintrockneten und nach Entfernung derselben einen entzündeten, rothen Punkt hinterliessen. Die Umgebung der einzelnen Papeln wie der Gruppen zeigte einen lebhaft gerötheten entzündlichen Hof. Auf dem linken Arm trat einige Tage später ein ähnlicher Ausschlag auf, nur bestand derselbe mehr aus Flecken, nur an einzelnen Stellen kam es zur Papelbildung, aber nicht zu Bläschen. Weiterhin trat eine mehr allgemeine Schwellung beider Arme auf mit geringer Abschuppung und ein allgemeinerer mehr ekzemähnlicher Zustand. Als wieder Kali acetic. gegeben wurden, traten die ursprünglichen Erscheinungen wieder von Neuem auf. Wiederholte Controlversuche mit dem gleichen Erfolg lassen kaum Zweifel an dem ursprünglichen Zusammenhang des Ausschlags mit dem Medicament bestehen.

Hermann G. Klotz (New-York).

Caiger, Herbert. A bullons eruption following the administration of arsenic. The Brit. Med. Journ. 18. April 1896.

Caiger beobachtete bei einer anämischen Dame, der er im Mai 1894 und März 1895 eine Arsen enthaltende Mixtur verschrieben hatte, jedesmal nach dem Gebrauch dieser Arznei eine dem Cheiropompholyx ähnliche, auf beide Hohlhände und die Finger beschränkte Affection. Diese Aehnlichkeit ging so weit, dass Verf. nicht ansteht, diesen Fall als einen solchen von Pompholyx anzusprechen, der direct durch Arsen hervorgerufen sei. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Chantemesse et **Sainton**. Erythèmes d'origine érysipelateuse. Soc. méd. des hôpitaux. Ref. in Gazzette hebdomadaire de méd. et de chir. 13. Mars 1896, Nr. 20.

Unter dem Titel: „Erytheme im Verlauf von Erysipelen" berichten Chantemesse und Sainton über Hautaffectionen, die bei einem Material von 579 Erysipelkranken in 28 Fällen zur Beobachtung kamen. Die Verfasser unterscheiden 3 Formen dieser sogenannten Erytheme (?): 1. das einfache Erythem, meist gutartig, 2. die purpuraartige Form, den Ausdruck einer schweren Erkrankung, häufig mit Albuminurie, Hämaturie und Enterorrhagien einhergehend, 3. das polymorphe Erythem, sehr selten, charakterisirt durch das Auftreten von sero-purulenten, zuweilen hämorrhagischen Blasen und Bläschen auf Haut und Schleimhäuten (Enterorrhagien). NB. bei 2 und 3 wurden intra vitam im Blute und post mortem auch in den soliden Organen Streptococcen gefunden. Bemerkenswerth ist noch, dass auf Gesichtserysipele nur 4%, auf Extremitätenerysipele jedoch ca. 25% dieser Affectionen entfallen. Bei keinem der Kranken wurde irgend eine Serotherapie angewendet.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Étienne, M. G. Erythèmes typhoidiques. Société de méd. de Nancy. Ref. in Gazetta hebdomad. 9 Avril 1896.

Étienne berichtet von 8 Beobachtungen von infectiösen Erythemen im Verlauf von typhösem Fieber. 2 Fälle zeigten den Typus von Rubeolen, 3 den von Scarlatina, die übrigen waren polymorphe Erytheme. Die Efflores-



cenzen traten in der Mitte der Entwicklung des Typhus — nur in 2 Fällen später — auf. 6 mal konnte gleichzeitig Verschlechterung des Allgemeinbefindens und Temperatursteigerung beobachtet werden. Die Vertheilung dieser Fälle in der Gesammtzahl von 500 Typhusfällen und der Umstand, dass von diesen 8 Fällen 5 in demselben Saale vorkamen, liess daran denken, dass hier epidemische oder contagiöse Einflüsse im Spiele wären. In 2 Fällen wurden Staphylococcen im Blute gefunden. E. glaubt, dass es sich hier um secundäre Infectionen handele, bei denen eine individuelle bezw. durch Toxine bewirkte Prädisposition eine Rolle spiele. In der Discussion gibt Fevrier der Ansicht Ausdruck, dass in den Fällen, in denen keine Bakterien im Blute gefunden worden seien, es sich vielleicht um Arzneiexantheme gehandelt habe. Étienne bestreitet dies. Bernheim berichtet im Anschluss hieran über 3 Abdominaltyphusfälle, in denen petechiale Eruptionen auftraten, ohne dass es sich etwa um Flecktyphus gehandelt hätte. Ferdinand Epstein (Breslau).

Macé, M. Etude sur les érythémes pneumoniques (rash pneumoniques de Cadet de Gassicourt). Thèse de Paris 1896.

Die von Rilliet, Barthez, Arnaud und Lop, Ad. d'Espine beobachteten, von Cadet de Gassicourt „rash pneumoniques" genannten, über den grössten Theil der Haut ausgebreiteten Eruptionen bei Pneumonie will Macé lieber „Erythémes pneumococciques" oder „pneumoniques" nennen. Sie sind meist scarlatiniform, nur zweimal ruberliform gewesen. Sie treten im Beginn der Pneumonie oder etwas später auf, sind flüchtig, sind nicht irgendwie bedenklich, hinterlassen keine Schuppung. Eine andere Ursache als die Pneumonie scheint Macé ausgeschlossen. J. Jadassohn (Breslau).

Cott, George F. Erythema nodosum tracheale. The medical and Surgical reporter. 15. August 1896.

Cott wurde zu einem an Erythema nodosum der Unterschenkel und Vorderarme leidenden Manne, welcher einen Erstickungsanfall bekommen hatte, gerufen. Mund, Pharynx, Larynx waren wegsam, der Intubator stiess erst tief in der Trachea auf ein unüberwindliches Hinderniss. Tracheotomie beendete den Anfall. Heilung ohne Zwischenfall.

Pinkus (Breslau).

Wermann, E. Ueber Erythema bullosum. Dermatologische Zeitschrift. 1896, Band III, Heft 1.

Wermann beschreibt einen typischen Fall von Erythema bullosum, das bei einem 40jährigen, kräftigen Manne zur Herbstzeit unter Fiebererscheinungen an beiden Handrücken symmetrisch auftrat, sich von da auf die Streckseiten der Ellbogen- sowie der Knie- und Sprunggelenke ausbreitete und in der Folgezeit noch zweimal mit abnehmender Intensität recidivirte. Gustav Tandler (Prag).

Tommasoli. Natura e relazioni del gruppo degli eritemi multiformi. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXI, 1896, fav. V, p. 605.



Tommasoli hatte für Prof. De Amicis das Referat über die multiformen Erytheme für den III. internat. Congress für Dermat. und Syph. in London, August 1896 übernommen, war aber zu erscheinen verhindert, und veröffentlichte deshalb den Inhalt dieses Referates in Form kurzer Schlusssätze im Giornale ital. Unter Capitel A. betont er die Wichtigkeit des Gegenstandes und die geringen Fortschritte, die wir in demselben seit Besnier gemacht haben. Unter B. wird betont, dass das Eryt. multif. nicht eine nosologische Individualität, eine Krankheit an und für sich sei, sondern nur ein Symptomen-Complex, welcher bei verschiedenen Krankheitsprocessen in Erscheinung treten könne, dass man aber doch als einheitliche Ursache eine Intoxication des Blutes annehmen müsse. C. Diese Intoxication kann dreierlei verschiedenen Ursprung haben: 1. Einführung der toxischen Substanzen entweder mit der Nahrung, mit Medicamenten oder in Form von Giften. 2. Die toxischen Substanzen werden im Körper in Folge einer Infection erzeugt. 3. Die toxischen Substanzen werden vom Körper selbst an ein oder mehreren Punkten von einer oder mehreren Gruppen seiner eigenen Elemente erzeugt. Hinzuzufügen wäre, zwischen 2 und 3 stehend der Umstand, dass Mikroben, welche sich in unseren Digestionstractus befinden uud für gewöhnlich hier unschädlich sind (B. coli, B. pyocyan. etc.), eine Intoxication herbeiführen können. Doch dürften es nicht diese toxischen (primären) Substanzen allein sein, welche unmittelbar die Erytheme veranlassen, sondern durch dieselben dürften im Körper Störungen hervorgerufen werden, welche wiederum zur Bildung verschiedener (secundärer) toxischer Substanzen führen, deren Wirkung sich mit den ersteren combinirt, sie umformt u. s. w. und eine secundäre Autointoxication bilden. D. Demnach wäre die primäre Intoxication das, was Besnier l'élément pathogénique nennt die secundäre Autointoxication jedoch das, was Besnier condition individuelle und condition pathogénique nannte. Von den primären Intoxicationen kennen wir nur die von Medicamenten und Giften herrührenden, die übrigen sowie die secundären sind uns vollständig unbekannt. E. Mit der durch diese secundäre Intoxication bedingten Aenderung des Blutes kommt man zum letzten Punkte in der Pathogenese der Erytheme, nämlich dem Reizzustande, welcher durch die veränderte Blutbeschaffenheit direct oder auf reflectorischem Wege durch centrale Reizung hervorgerufen wird. Dieser Reizzustand — Gefässerweiterung, Oedem, Infiltration, Zellproliferation — ist ein organischer, entzündlicher, kann aber nicht mit dem einfachen Worte Angioneurose bezeichnet werden. F. In welcher Weise die verschiedenen Formen des Erythema multiforme mit der verschiedenen Art der Intoxication zusammen hängen, welche Formen man als Eryth. multif. ab ingestis, welche als E. m. infectiosi und welche als E. m. autotoxici zu bezeichnen habe, lässt sich heute nicht sagen, doch lässt sich ein solcher Zusammenhang vermuthen. Spietschka (Prag).

Rocca, Costanzo. Le alterazioni di molti nervi periferici in un caso di Eritema polimorfo flittenoide. Archivio per le scienze mediche. Vol. XX. Nr. 15, pag. 313.



Rocca beobachtete bei einem Falle von polymorphen Erythem eine Erkrankung der peripheren Nerven, welche sich als multiple Neuritis charakterisirte. Der Fall betraf eine 51jährige Frau, welche, bisher gesund, vor $1\frac{1}{2}$ Monaten an Husten, Tonsillitis und Schluckbeschwerden erkrankt war. Vor 10 Tagen (vom Tag der Aufnahme auf die dermatol. Universitätsklinik in Rom gerechnet) begann die Eruption von Hautefflorescenzen, die sich rasch fast über den ganzen Körper verbreiteten, und in den letzten Tagen auch an der Schleimhaut des Mundes auftraten. Dieselben bestanden theils in rothen, nicht erhabenen Flecken von Linsengrösse bis zu der einer Kinderhand, welche bei Fingerdruck bis auf eine gelbliche Verfärbung abblassten und scharfe Ränder zeigten; theils aus papulösen Efflorescenzen bis zur Grösse eines Handtellers, mit $\frac{1}{3}$—$\frac{1}{2}$ Mm. hohen Rändern, in der Mitte dunklerroth, an den Rändern heller; in der Mitte oft abgeflacht, also Ringform. An vielen Efflorescenzen ist die oberste Epidermis durch eine dünne Schicht Flüssigkeit von der Unterlage abgehoben; diese Abhebung betrifft manchmal die ganze Efflorescenz, manchmal nur die Mitte, manchmal nur den Rand; auch grosse pralle Blasen, mit dünner, durchscheinender Blasendecke und klarem Inhalte kommen vor. Die Efflorescenzen zeigen die Tendenz sich auszubreiten und zu confluiren; Mundschleimhaut geröthet, zeigt kleine rothe Flecke, Bläschen und Epitheldefecte; Tonsillen geröthet. Eine Submaxillardrüse rechts geschwollen. Milz mässig vergrössert, über den Lungen rauhes Athmen, feuchtes Rasseln. Im Harne wenig Eiweiss. Allgemeinzustand soporös. Nach 10 Tagen Tod. Die 36 Stunden nach demselben ausgeführte Section ergibt neben dem Hautbefunde: Broncho-pneumonia katarrhalis, Tumor lienis, Meningitis fibrosa, Nephritis parenchymatosa, Hypertrophia et Dilatatio ventric. sin. lev. und einen eigenthümlichen Befund an mehreren peripheren Nerven. Zur Untersuchung dieses letzteren wurde der Nerv. med. plex. brach. sin. präparirt, welcher mehrere spindelförmige Anschwellungen zeigte, welche von einer Verdickung der Bindegewebsscheide des Nerven herrührten; der Nerv erschien an diesen Stellen in eine gelbbraune Masse von $\frac{1}{2}$ Mm. Dicke eingelagert, welche einer dichten entzündlichen und hämorrhagischen Infiltration des Perineurium entsprach. Die histologische Untersuchung ergab, dass sowohl die Bindegewebsscheide als auch das interstitielle Bindegewebe stark theils mit Leukocyten, theils hämorrhagisch durchsetzt war, die Blutgefässe, namentlich die sehr reichlich vorhandenen Capillaren stark erweitert, von Leukocyten umgeben, ihr Inhalt sehr reich an Leukocyten, ihre Intima bisweilen verdickt. Die Nervenbündel durch diese Infiltration stellenweise auseinandergedrängt, die Kerne der Nervenscheiden stark vermehrt, die Nervenfasern nicht verändert. Also eine multiple Neuritis bei einem acuten infectiösen polymorphen Erythem, eine bisher noch nicht beschriebene Combination.

Spietschka (Prag).

Wright, A. E. On the treatment of the haemorrhages and urticarias which are associated with deficient blood coagulability. The Lancet. 18. Jan. 1896.



Nachdem Wright gezeigt hat, dass durch innerliche Darreichung von Calciumchlorid bei Haemophilie die Gerinnbarkeit des Blutes bedeutend gesteigert werden kann und nachdem er andere Methoden zur Behandlung der Hämophilie besprochen hat, wendet er sich zur Behandlung jener Urticariaformen, die mit mangelhafter Gerinnbarkeit des Blutes einhergehen. Diese sind nach ihm: Urticaria nach Genuss unreifer oder saurer Früchte, nach Genuss gewisser Weichthiere und Crustaceen, nach Injection von Serumantidiphtheriticum. Wright behauptet nun, dass durch Vermehrung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes diese Urticariaformen günstig beeinflusst werden und gab, von diesem Gesichtspunkt ausgehend, bei einigen Fällen von Urticaria nach Diphtherieantitoxin 15—30 gran Dosen von Calciumchlorid, angeblich mit gutem Erfolg. Da Wein die Gerinnbarkeit des Blutes herabsetzt, ist er bei diesen Formen der Urticaria contraindicirt. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Savill, Thomas D. On an ontbreak of peri-oral eczema in the East-End of London. The Lancet. 4. Jan. 1896.

Savill beobachtete über 700 Fälle einer contagiösen Hauterkrankung, die von allen Kranken in der von 1040 Schülern besuchten Newcastle-street Board-school erworben worden war. Er gibt in Kurzem die Krankengeschichten einer Anzahl von Fällen und geht dann zur klinischen Beschreibung der Krankheit über. Es handelte sich um eine sehr oberflächlich Dermatitis, die in ovoiden oder unregelmässigen Flecken auftrat, auf Gesicht und Hals beschränkt war, einem Herpes tonsurans dissemin. sehr ähnelte, bei der aber weder Mycelien noch Sporen sich finden liessen. Die Grösse der Flecken wechselte von 1 Linie bis zu 1½ Zoll. Sie erschienen nicht alle auf einmal, sondern allmälig und Verf. unterscheidet bei jedem 3 Stadien. 1. Ein Stadium der Röthung. Hier erscheint ein kleiner, rother Fleck, der bei Betrachtung mit der Lupe aus confluirten, kleinsten, rothen Knötchen besteht, die keine Schuppen tragen. Die Röthe verschwindet auf Druck. Bisweilen enthalten die Knötchen eine klare, weissliche Flüssigkeit. Jeder Fleck wächst allmälig an den Rändern, wodurch ein ovaler, kreisförmiger oder unregelmässiger Herd entsteht, der aber in der Mitte nicht abheilt. 2. Stadium der trockenen Schuppung. Nach 2—5 Tagen bedeckt sich die Oberfläche des immer noch rothen Fleckes mit feinen Epidermisschüppchen und wird rissig, es findet aber kein Nässen statt. Der Fleck ist ein wenig erhaben; seine Ränder wachsen, sind bisweilen leicht erhaben, gehen aber meistens allmälig in die gesunde Haut über. Die Mitte heilt nicht ab. Die feinen Knötchen können nicht mehr gesehen oder gefühlt werden. In diesem Zustande bleibt der Fleck 2—3 Wochen. 3. Stadium des Abblassens. Wenn die Röthung früh verschwindet, so sieht die Stelle aus wie ein Fleck gewöhnlicher, farbloser, sich abschilfernder Haut; öfter aber bleibt sie braun oder orangefarben, mit dünnen Schüppchen bedeckt. Im Ganzen dauerte jeder Fleck 3—5 Wochen. So war der Verlauf in 90—95% der Fälle; nur bei 1% vielleicht trat im 2. Stadium Exsudation auf oder Krustenbildung. Pusteln erschienen niemals.

Die Localisation. In der Hauptsache und stets war das Gesicht befallen, fast nie Stamm oder Extremitäten. Der Ausschlag war stets um Nasen- und Mundöffnung angeordnet, meist unsymmetrisch. Bisweilen war auch der Hals ergriffen und manchmal die Ohren, niemals aber die behaarte Kopfhaut.

Von subjectiven und constitutionellen Symptomen klagten viele Kinder über Jucken, Brennen und Stechen, doch niemals wurde der allgemeine Gesundheitszustand irgendwie benachtheiligt.

Verf. erwähnt, dass die Krankheit an sich nichts Neues sei, nur in dem massenhaften Auftreten liege das Interesse. Er gibt des Weiteren die Differentialdiagnose vom Ekzem, Herpes tonsurans, Ezkema seborrhoicum, von der Röthung der Haut, die nach Impetigo contagiosa zurückbleibt, und von der von ihm 1891 beschriebenen „epidemischen Hauterkrankung“. Was die Aetiologie angeht, so ist zu bemerken, dass die Krankheit fast ausschliesslich Kinder unter 14 Jahren befällt. Knaben scheinen leichter befallen zu werden als Mädchen. Der sonstige Gesundheitszustand der Kinder war ohne Einfluss: schwächere Kinder erkrankten durchaus nicht leichter als kräftigere. Die Ernährung war ohne Bedeutung; dagegen schien es, als ob die Quelle der Eruption in Absonderungen aus dem Mund oder der Nase zu suchen sei. Die Reinigung der Haut mit Wasser und Seife oder Unsauberkeit schienen die Erkrankung nicht hervorzurufen, nur mag letztere deren Ausbreitung begünstigt haben. Einen sehr ausgesprochenen Einfluss hat dagegen die Jahreszeit: die Krankheit ist auf die Sommermonate beschränkt. Die Krankheit ist contagiös oder sie tritt epidemisch unter den Kindern auf.

Bakteriologische Untersuchung: Die mikroskopische Untersuchung gefärbter Schüppchen ergab keine sicheren Resultate; die Cultur ergab in allen untersuchten Fällen ein constant anwesendes Mikrobion. Es fand sich ein ausserordentlich dünnes, weisses Oberflächenwachsthum mit erhabenen, zackigen Rändern bedingt durch einen runden Coccus, der etwas grösser war als 1 μ, meistens paarweise, bisweilen in unregelmässigen Massen angeordnet war. Diese Coccen waren grösser als Staphylococcus aureus und albus. Die Culturen verflüssigten 15 Proc. Gelatine nicht, wenn sie bei 22° C. 2—3 Monate aufbewahrt wurden; sie wuchsen besser auf Gelatine als auf Agar, auf beiden aber langsam, waren aërob, wenig widerstandsfähig, so dass sie vom Staphylococcus leicht erstickt wurden, wenn dieser zugegen war. Die einzelnen Colonien waren mit blossem Auge unsichtbar, bei starker Linsenvergrösserung erschienen sie stecknadelspitzgross.

Bei Behandlung mit schwachen Creolin- oder Quecksilbersalben heilte die Affection in einer Woche, sich selbst überlassen in 4—5 Wochen, wobei 2—3 Monate lang Nachschübe auftraten.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Perrin, L. Faits cliniques semblant prouver la contagiosité et la transmissibilité de l'Eczéma séborrhoique des régions inguinales. La Province médicale. Nr. 48. 1896.



Perrin berichtet über 5 Fälle von Ekzema seborrhoicum der Inguinalgegend, in denen mit ziemlicher Sicherheit die Uebertragung durch eheliches Zusammenleben nachgewiesen ist; in allen Fällen fehlte jegliche Pityriasis capitis, so dass diese Art der Selbstübertragung auszuschliessen ist. — Fall II. Weib erkrankte nach mehrwöchentlichem Verkehr mit I; von II wurde wiederum nach 4—5 Wochen Fall III angesteckt.

Fall V ist mit IV verheiratet und hat seine Seborrhoe erst bemerkt, seitdem seine Frau über das gleiche Uebel geklagt hat.

Mikroskopische Untersuchungen sind nicht gemacht worden.

G. Zuelzer (Breslau).

Hausalter. Eczéma séborrhoique généralisé psoriasiforme. Société de médecine de Nancy. Séance du 10 Juin 1896. Ref. in Gazette hebdomadaire d. m. Arch. Nr. 63. 1896.

Hausalter berichtet über einen Fall vom generalisirten, seborrhoischen Ekzem bei einem 9jährigen Knaben, das einen psoriasiformen Charakter zeigte. Hausalter neigt auch zu der Ansicht, dass die seborrhoischen Ekzeme parasitären Ursprungs seien.

Spiegelhauer (Breslau).

Étienne. Eczema et psoriasis. Soc. de méd. de Nancy. Ref. in Gazette hebdom. de méd. et de chir. 16 Avril 1896.

Étienne stellt einen 43jährigen Patienten vor, der — ausser typischen Psoriasefflorescenzen an anderen Stellen — an der Innenseite des rechten Oberschenkels ein veritables (vielleicht arteficielles) Ekzem und am Thorax Knötchen aufwies, welche den für Lichen ruber acuminatus charakteristischen glichen. Der Patient litt seit 5 Monaten an häufigen Diarrhoen, die in letzter Zeit plötzlich ohne jede Therapie sistirten, worauf die Hautefflorescenzen sich rapide unter heftigem Juckreiz entwickelten. É. glaubt daher, dass diese wahrscheinlich autotoxischen Ursprunges seien. In der Discussion erklärt Bernheim, dass er die Affection nur für eine Psoriasis mit secundären Kratzeffecten halte.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Catois. Les eczémas des muqueuses. La médecine moderne. 1896, pag. 235.

Catois weist darauf hin, dass die Ekzeme der verschiedenen Schleimhäute leicht zu diagnostischen Irrthümern Anlass geben. Sie sind charakterisirt durch das plötzliche Auftreten und den acuten Verlauf, kommen häufiger beim Manne (Anus, Nase, Urethra, Blase) als beim Weibe vor. Bevorzugt ist das Alter von 35—60 Jahren, bei Greisen sind sie selten. — Sie combiniren sich nicht mit acuten Ekzemen der Haut, sondern treten häufiger bei gleichzeitig bestehendem chronischen Ekzem auf.

Pinner.

Philipps, Leslie. A method of washing eczema. The Brit. Med. Journ. 18. Jan. 1896.

Philipps empfiehlt, an Ekzem erkrankte Hautpartien mit Olivenöl zu waschen und mit diesen Waschungen auch nach der Heilung fortzufahren, um Recidive zu verhüten. Alfr. Sternthal (Braunschweig).

Merzbach, G. Ueber Gewerbe-Ekzeme. Dermatologische Zeitschrift. 1896. Band III. Heft 2.

An der Poliklinik Joseph's kamen in den Jahren 1891—1893 bei 4062 Hautfällen unter 940 Ekzemen aller Art 499 Gewerbe-Ekzeme vor, welch letztere von Merzbach nach Alter, Geschlecht, Art des Gewerbes, Gleichartigkeit des objectiven Befundes etc. gesichtet wurden.

Gustav Tandler (Prag).

Baduel, Cesare. Nefrite infettiva acuta secondaria ad eczema impetiginoide. La Settimana medica dello Sperimentale. Ao. L. Nr. 25, pag. 301.

Baduel berichtet über einen Fall von acuter haemorrhagischer Nephritis, welche in unmittelbarem Anschlusse an ein universelles impetiginöses Ekzem aufgetreten war, bei welchem sich im ganzen Verlaufe der Krankheit im Urin und im Blute der Staphylococcus aureus und der Fränkel'sche Diplococcus vorfanden, die mit der Heftigkeit der Krankheit auch an Menge abnahmen, und mit deren Verschwinden auch die Nephritis aufhörte. Das 6jährige lymphatische Mädchen hatte schon zu wiederholten Malen an impetiginösem Ekzeme des behaarten Kopfes gelitten, und auch diesmal hatte die Erkrankung hier begonnen.

Spietschka (Prag).

Gomez, R. Contributo alla cura dell' eczema. L'ittiovasogeno (Ichthyol vasogene-Ichthyol. oxydat.) Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXI 1896. Fasc. I, pag. 71.

Gomez stellte eine 10 und eine 20% Ichthyol-Vasogensalbe zur Behandlung der Ekzeme dar. Vasogen gewonnen aus Vaselinum alb. durch Oxydation mit 4% Acid. nitricum. Diese ergab ihm bei 12 sehr verschiedenen Fällen von Ekzem bei einem Erwachsenen und 11 Kindern ausgezeichnete Resultate. Hervorzuheben sind: die prompte und energische Wirkung, selbst bei Fällen, die anderen Mitteln trotzten, seine ausgezeichnete austrocknende Wirkung, rasches Nachlassen des Nässens, rasche Epithelregeneration; zu empfehlen sowohl bei nässenden als auch trockenen Formen des Ekzems. Spietschka (Prag).

De Sanctis. Sul trattamento dell' intertrigo con l'airolo. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 131. 1896.

De Sanctis rühmt die Wirksamkeit des Airols bei Intertrigo und berichtet von mehreren Kranken, bei denen er mit diesem Mittel prompte und sichere Heilung erzielte. Die Vorzüge bestehen nach de S. in der Ungiftigkeit des Mittels, der schnellen subjectiven Erleichterung, welche die Patienten gleich nach der Application empfinden und der schnellen Heilung, welche damit erzielt wird. Ferdinand Epstein (Breslau).

Lomry, P. F. Untersuchungen über die Aetiologie der Acne. Dermatologische Zeitschrift, 1896, Band III, Heft 4.

Lomry untersuchte bakteriologisch sehr zahlreiche Comedonen und Acnepusteln. Die Ergebnisse seiner eingehenden Untersuchungen fasst L. in folgendem zusammen: 1. In der Acnepustel trifft man constant den Staphylococcus pyogenes albus. 2. Derselbe hat eine sehr schwache



Virulenz. 3. Durch die Passagen durch den Thierkörper kann man ihn ebenso virulent machen wie die pathogensten gelben Staphylococcen. 4. Neben dem Staphylococcus albus trifft man mitunter einen Hefepilz und einen kleinen Bacillus, aber stets in geringer Anzahl. 5. Im nicht entzündeten Comedo trifft man eine sehr reiche Mikrobenentwicklung, welche stets den Staphylococcus albus enthält, aber ohne dass er das Uebergewicht besitzt, das er in der Acnepustel hat. 6. Im Comedo beobachtet man bei Beginn des Entzündungsprocesses eine intermediäre Mikroben-Entwicklung zwischen derjenigen der Pustel und derjenigen des nicht entzündeten Comedo. Im Augenblick der Entzündung findet also eine beträchtliche Vereinfachung des Mikrobenwachsthums im Comedo statt. 7. Die Haut der nicht acnekranken Individuen ist ebenso reich an Mikrobenarten wie jene der Acnekranken. 8. In den Comndonen und Pusteln, die mitunter bei nicht acnekranken Individuen vorkomen, beobachtet man dieselben Mikroben wie bei Acnekranken. 9. Das Vorhandensein gewisser Mikroben genügt nicht zur Erklärung der Acne, es bedarf auch noch einer Vorbereitung des Bodens. 10. Einen specifischen Krankheitserreger der Acne anzunehmen ist man nicht berechtigt. 11. Die klinischen Momente, welche Unna anführt, um die Acne anderen Staphylococcen-Infectionen der Haut gegenüber zu stellen, lassen sich durch den Unterschied in der Virulenz der Mikroben erklären. 12. Unna's besonderer Bacillus ist eine wenig virulente Varietät des Bacterium coli.

Gustav Tandler (Prag).

Hallopeau. Traitement des acnés vulgaires. Bulletin général de thérapeutique. Bd. CXXXI 4. Lfg. 30. August 1896.

Hallopeau gibt einen kurzen Ueberblick über seine Behandlung der gewöhnlichen Acneformen. An der Spitze stehen diätetische Vorschriften, vor allem das Verbot der Spirituosen und scharfen Getränke, welche die Thätigkeit der Talgdrüsen und Gefässe des Gesichtes anregen. Dann Regelung der Magenthätigkeit, sei es durch Alkalien, durch Säuren oder eventuelle Ausspülungen. Im Uebrigen wechselt die Behandlung der Acne mit ihrer Form; bei „Acne punctata" vor allem Ausquetschen der Comedonen mit einem eigenen Instrumente oder dem Uhrschlüssel, dann Waschungen mit möglichst heissem Wasser, dem man Borax oder Soda hinzufügen kann. Zur Salbenbehandlung empfiehlt H. Schwefel, Ichthyol, Naphtol. Thiol, Carbol-Salicylsäure, Resorcin, Quecksilber etc. in allen möglichen Salbenvehikeln und entsprechend zu modificirenden Concentrationen. Gegen alle mit Gefässerweiterung einhergehenden Acneformen wird als souveräne Therapie die Scarification, bei allen hypertrophischen Formen die chirurgische Behandlung empfohlen.

Paul Oppler (Breslau).

Hensy. Ueber Behandlung der Rosacea. Corresp. Blatt für Schweizer Aerzte. Januar 1896.

Hensy betont vor allem, dass bei der Behandlung der Acne rosacea den primären Ursachen Aufmerksamkeit zu schenken sei, als da sind: Erkrankungen des Magendarmcanals, des Urogenitalapparates bes.

bei Frauen, Herz und Lungen, Anämie, Erkrankungen der Nasenrachenhöhle. Für die Localbehandlung ist zu unterscheiden zwischen einer indolenten, nur bei seborrhoischen Pat. vorkommenden Form und einer erethischen, letztere ist besonders hartnäckig. Anzuwenden sind heisse Abschreckungen d. i. Betupfen der kranken Stellen mit möglichst heissem Wasser, Schwefel — Resorcin — Naphtholhaltige Salben, resp. Pasten. Ferner die Schälcuren, weiter Scarificationen, Spitzbrenner, Elektrolyse, Massage. Die einzelnen Indicationen sind in dem Aufsatze recht genau besprochen. Stein.

Abrahams. Alcohol in the Treatment of Acne Rosacea American Med. Surg. Bullet. 16. Mai 1896.

Abraham's behandelt die Acne Rosacea in ihren beiden leichteren Stadien mit subcutanen Injectionen von 95% Alkohol (20—30 Tropfen), die er höchstens dreimal wöchentlich wiederholt. Die Flüssigkeit soll durch Compression möglichst in der Haut zurückgehalten werden. Durch die Injectionen kommt eine kurzdauernde Anämie, dann für mehrere Stunden eine Hyperämie, schliesslich eine langsam, aber sicher eintretende Obliteration der Gefässe zu Stande. Die Behandlung dauert 8—10 Wochen und länger. Jadassohn (Breslau).

Bronson, Eduard Bennet. On the topical treatment of Acne. New-York Med. Journ. LXIII. p. 401. 28. März 1896.

Bronson sieht die Acne als locale Erkrankung an, bei der Störungen der Verdauungs- und Geschlechtsorgane, Veränderungen des Blutzustandes, Lebensweise etc. nur eine secundäre, begünstigende Rolle spielen. Namentlich im Anschluss an Unna werden die localen Veränderungen dabei geschildert: zunächst eine Hyperkeratose, die zur Bildung des Comedo Veranlassung gibt. Bei der Weiterentwicklung scheinen Bakterien verschiedener Art einzuwirken. Die Aufgaben der localen Behandlung sind daher: 1. Beseitigung der Hyperkeratose, 2. Entfernung der Comedonen, 3. Desinficirung der Follikel und Beseitigung der Entzündung. B. beginnt mit Curettirung der erkrankten Stellen sowohl im Gesicht wie auf Rücken etc. vermittelst einer besonderen Art scharfen Löffels oder vielmehr Ring, von Oliven- oder richtiger Mandelform mit weitem Fenster; der äusserste Winkel des Fensters auf der Rückseite dient gleichzeitig zum Ausdrücken der Comedonen. Tiefer liegende Pusteln oder Knoten müssen durch einen tiefen Einstich eröffnet, beziehentlich mit einem kleinen, scharfen Löffel ausgekratzt werden. Zur Desinfection bedient sich B. theils der Sublimatseife und Sublimatlösungen (1 : 1000), theils des Wasserstoffsuperoxyds, und bei tieferen Eiterungen 25% Carbolsäurelösung vermittelst eines mit Watte umwickelten Zahnstochers in die Follikelhöhle eingebracht. Der Patient selbst setzt die Desinfection fort durch Gebrauch von Waschwässern von Schwefel (am beliebtesten: Kalium sulfuratum und Zinc. sulfuric. aa 4 : Aq., Ros. 120) oder Resorcin (3—4% in Wasser) oder Wasser und Alkohol (Eau de Cologne). Nachts wird eine erweichende und heilende Salbe (Lesser's Zinkpaste oder Resorcinsalbe) eingerieben. Hermann G. Klotz (New-York).



Pick, F. J. Psoriasis verrucosa. Demonstration im Verein deutscher Aerzte in Prag. Prager med. Wochenschrift 1896. Nr. 9.

Pick zeigt bei einem kräftigen 25jährigen Mann, welcher schon wiederholt wegen ausgebreiteter Psoriasis in klinischer Behandlung stand, warzige Geschwülste der Haut mit allen Charakteren epithelialer Warzenbildung an den psoriatisch afficirten Stellen, welche sich während der letzteren zwei Recidiven in immer stärkerer Weise entwickelt hatten.

Victor Saar (Pilsen).

Cantrell, J. Abbott. Several cases of psoriasis showing probability of contagion. Med. Record. New-York. 2. Mai 1896.

Cantrell theilt 2 Fälle mit, bei denen die Mutter resp. der Vater erkrankten, nachdem die Kinder jahrelang an Psoriasis gelitten hatten. Auch führt er einige ähnliche Fälle aus der Literatur an, die zu beweisen scheinen, dass hier eine Ansteckung vorlag.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Cova, Alessandro. Contributo alla cura del psoriasi per mezzo della tiroide. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXI 1896. Fasc. V, pag. 618.

Cova behandelte an Pellizzari's Klinik 5 Psoriasisfälle, eine Hyperkeratosis chron. follic. und ein Eczema squammos. leve cum Hyperkeratosi plantare mittels innerlich verabreichter Schilddrüse, ausgehend von der Ansicht, dass die Schilddrüse gewisse toxische Substanzen im Körper unschädlich mache und die Psoriasis und eine Reihe anderer Erkrankungen in ätiologischem Zusammenhange mit der Bildung toxischer Substanzen im Körper stehen dürfte; ebenso einen Lupus tumidus facici, ausgehend von der Meinung, dass bei manchen Personen die mangelhafte antitoxische Thätigkeit der Schilddrüse die Widerstandsfähigkeit der Haut gegen den Tuberkelbacillus doch vermindern könne. Bei dem Lupus war der Effect, nachdem in 74 Tagen 417 Gr. frische Kalbsschilddrüse verabreicht worden waren, gleich Null. Bei der Keratosis zeigte sich eine mässige Besserung; bei der Hyperkeratosis plantaris nach 50 Tagen absolut kein Effect. Aus dem Verlaufe der 5 Psoriasisfälle liessen sich folgende Schlüsse ziehen: Es bestätigte sich die Erfahrung Bramwell's, dass die Schilddrüse ein Heilmittel gegen die Psoriasis sei, und dass ihr Gebrauch weniger Unannehmlichkeiten erzeugt als viele glauben. Sie kann die Manifestationen der Erkrankung zum Schwinden bringen, schützt jedoch nicht vor Recidiven. Veraltete Fälle mit reichlicher Schuppung werden durch dieselbe besser beeinflusst als Fälle mit diffuser Röthung; am wenigsten aber werden jene Formen beeinflusst, bei welchen immerwährende leichte Recidive mit Bildung kleiner neuer Efflorescenzen stattfinden.

Spietschka (Prag).

Mibelli — Contributo allo studio dell' idroa vacciniforme di Bazin. Giornale italiano delle malattie venerel e della pelle. — Anno XXXI. 1896 — fasc. VI — pg. 690.

Mibelli hatte Gelegenheit einen Fall von Hydroa vacciniforme (Bazin) oder Summereruption (J. Hutchinson) zu studiren und wid-



mete der histologischen Untersuchung eine besondere Sorgfalt, da unsere Kenntnisse in dieser Richtung noch gering und unbefriedigend sind. Die Erkrankung betraf einen 12jährigen Knaben, welcher im März 1896 an Tommasoli's Klinik zur Aufnahme kam; auch im März 1893 war er bereits im Ambulatorium der Klinik mit Acne varioliformis Hebra geführt worden. Seit 1891 trat die Krankheit jährlich auf, sobald sich das Kind im Frühjahre den kräftigeren Sonnenstrahlen einige Zeit aussetzte; 1895, wo das Kind mit Typhus zu Bette lag, war es von der Erkrankung verschont geblieben. Ohne irgend welche subjective Beschwerde, traten über Nacht im Gesichte, namentlich an den Wangen, der Nase, dem unteren Theile der Stirne und besonders auch an den Ohren mit klarem Inhalte gefüllte, bis über linsengrosse Bläschen auf, die zumeist in der Mitte gedellt waren, und daselbst unter der Blasendecke einen violettrothen Punkt zeigten. Unter leichter Trübung des Inhalts trockneten sie ein, wobei sich ein bis tief ins Derma reichender brauner, bis hanfkorngrosser Schorf bildete, nach dessen Herausfallen eine vertiefte Narbe zurückblieb, welche denen nach Variola ähnelte. Es ist der erste in Italien veröffentlichte und überhaupt der 23. Fall einer Reihe von Erkrankungsfällen mit folgendem Charakter: Auftreten in der ersten Zeit, sobald die Sonnenstrahlen wirksamer werden, also Frühling oder Sommer, je nach dem Lande — mit mehr minder heftigen Recidiven, localisirt fast ausschliesslich an den unbedeckt getragenen Theilen des Körpers. Verlauf gewöhnlich in acut auftretenden jährlichen Recidiven, Heilung spontan nach mehreren Jahren. Objectiver Befund: derbe, charakteristische Bläschen, gefüllt mit Lymphe, verhältnissmässig gross, zumeist gedellt, in der Mitte violettroth, oder rothbraun; Rückbildung unter Eintrocknung zu einer subepidermal gelegenen Kruste, mit Hinterlassung einer Narbe.

Der histologische Befund stammt von 7 Efflorescenzen in den verschiedensten Stadien der Entwickelung. An einer Blase auf dem Höhestadium der Entwickelung sieht man, dass der pathologische Process nicht nur die Epidermis betrifft, sondern auch das Derma, hinabreichend bis in das Hypoderma, und sich auch seitlich über die Grenzen der Blase hinaus in die Nachbarschaft erstreckt. Hier ist das Derma hyperämisch und von Lymphzellen infiltrirt, die Papillen angeschwollen, die intrapapillären Fortsätze des Rete Malpighi lang und dünn; über den Papillen ist das Strat. spinos. und granulos. verdünnt, das Strat. lucid. relativ verdickt, die Hornschichten serös imbibirt, die Blase selbst bildet einen planconvexen Hohlraum in der Dicke des Rete Malpighi; die Decke derselben wird von einer ununterbrochenen regelmässig gewölbten Epidermis gebildet, in welcher man das Strat. corn. und lucid. fast unverändert sieht, darunter liegt eine sehr spärliche Schicht granulirter Zellen, die arm an Keratohyalin sind, und darunter mehrere Lagen Malpighischer Zellen zum Theil in Degeneration. Der Boden der Blase besitzt kein continuirliches Epidermislager, nur am Rande derselben finden sich lange dünne Epithelzapfen zwischen den Papillen. Die Blase selbst ist von oben nach unten von aus Malpighi'schen Zellen bestehenden Septen durchzogen,



welche dieselbe in zahlreiche Kammern theilen; diese enthalten Serum, körnig oder faserig coagulirtes Fibrin, zahlreiche Leukocyten verschiedener Form, jedoch keine Epithelzellen und keine Mikroorganismen. Nur wenige Epithelzellen der Septa befinden sich in Degeneration.

Im Derma sieht man eine Entzündung, die bis in das Hypoderma hinabreicht: sehr reichliche Emigration von Leukocyten, seröse Imbibition, Schwellung und Zertrümmerung der Bindegewebsbündel, aber keine pathologischen Formen von Bindegewebszellen (Unna's Spinnenzellen etc, — oder Mastzellen). Diese Infiltration ist nicht gleichmässig, um die Gefässe oder Drüsen verdichtet, in der Mitte der Blase unter dem Papillarkörper weniger intensiv färbbar. Die elastischen Fasern sind gut erhalten bis oberhalb der Schweissknäuel, werden dann dünner, seltener, ohne aber selbst in Papillarkörper unter der Blasenmitte gänzlich zu verschwinden; daher erscheint auch der Papillarkörper verhältnissmässig sehr gut erhalten. Die schwersten Veränderungen zeigt das superficielle Blutgefässnetz; die Capillaren sind mächtig erweitert, cylinder- oder beutelförmig, fest vollgestopft mit rothen Blutkörperchen; ihre Wände gebildet von einem zarten gleichmässigen Häutchen ohne Spur eines Endotheles; selbst Zerreissung der Wände mit Austritt der rothen Blutkörperchen findet sich vor. Es handelt sich also um eine Blasenbildung, hervorgebracht durch eine Exsudation. An Präparaten aus späteren Stadien sieht man Steigerung der Infiltration, Thrombose der Gefässe im Centrum der Blase im oberflächlichen Derma, Nekrose durch Colliquation, Bildung einer Demarcations-Infiltration, endlich Narbenbildung und Regeneration des Epithels von der Peripherie her. An den Präparaten in dem frühesten Stadium des Processes lässt sich erkennen, dass derselbe mit Entzündungserscheinungen im Derma beginnt, während in der Epidermis noch keine Spur einer Veränderung zu finden ist.

Tommasoli definirt demnach den Process der Hydroa vacciniforme von histologischen Gesichtspunkten aus als eine heftige diffuse Dermatitis mit leuko-fibrinöser Exsudation, welche zur Bildung gekammerter Blasen im Rete Malpighi führt; diese Blasen entstehen nicht infolge einer Degeneration der Epithelien, sondern infolge einer Auseinanderdrängung der Zellen durch das Exudat. Im Centrum der Efflorescenz, wo die Entzündung am heftigsten ist, entwickelt sich hierauf eine Nekrobiose, welche zu einem Substanzverluste führt, welcher durch Narbenbildung ausheilt. Es ist aber keine Nekrose „in masse" wie Bowen beschreibt und wie sie bei der Acne necrotica vorkommt. Die Blasenbildung entspricht der von Unna für das Ekzem beschriebenen. Spietschka (Prag.)

Whipham, Thomas. Two cases of acute pemphigus treated by arsenic, with an account of some bacteriological experiments. St. George's Hospital. The Lancet 2. Mai 1896.

Whipham berichtet ausführlich über zwei schwerste Fälle von acutem Pemphigus. Der erste betraf eine 38jährige Frau, die in das Hospital in folgendem Zustand eingeliefert wurde: Sehr schwacher Puls, hohe Temperatur (101° F.). Das Gesicht war mit Blasen bedeckt, die theil-



weise confluirt und geplatzt waren, so dass sich auf grossen Theilen der Gesichtshaut, besonders auch der Augenlider, starke, von vorausgegangenen Blutaustritten schwarz gefärbte Krustenmassen befanden. Sehr zahlreiche, theils opaque, theils röthliche Blasen waren auf Armen, Händen und Beinen. Ebenfalls stark ergriffen waren die Vorderseite des Körpers, der Rücken, das Gesäss und die Vulva. Hier hatten die Blasen besonders dicht gestanden, waren dann confluirt, die Epidermis war verschwunden, und das Rete lag frei. So waren Rücken und Gesäss zu einer einzigen grossen Wunde geworden. Von der freiliegenden Cutis ging ein furchtbarer Gestank aus. Die Augenlider waren so geschwollen und mit schwarzen Krusten bedeckt, dass sie die Patientin nicht öffnen konnte. So erschien der Zustand hoffnungslos. Durch Bäder mit warmer Borsäurelösung wurde die Haut gereinigt, wodurch der Geruch verschwand; darauf wurde die Patientin in Tücher eingehüllt, die mit einer 10% Boroglycerinlösung getränkt waren, erhielt viel Milch und starken Beaf-tea, Eier, Portwein etc. Ausserdem wurde eine Mixtur gegeben (3mal täglich) von 5 Gramm Chinin. hydrochlor. mit 5 Tropfen Liqu. arsenici hydrochlorici. Unter dieser Behandlung trat bedeutende Besserung ein, so dass zu einfachen Olivenölverbänden übergegangen wurde. Trotz vereinzelter Blasennachschübe besserte sich der allgemeine Zustand immer mehr. Es wurde auf 7 Tropfen liquor arsenici gestiegen, dann weiter auf 12, und es trat bei dieser Behandlung völlige Heilung ein. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen zweijährigen Knaben, der ebenfalls schwer erkrankt war und auch mit minimalen Dosen von Arsen behandelt wurde. (3mal täglich 1 Tropfen Liquor arsenicalis), wobei man die Dosis allmälig steigerte (bis auf 5 Tropfen). Doch ging das Kind zu Grunde.

Bei der bakteriologischen Untersuchung fand sich Folgendes: In Culturen, die aus dem Blaseninhalt angelegt waren, fand man einen 0·8 – 1·5 μ im Durchmesser grossen Mikrococcus, der bisweilen einzeln, wohl auch zu kurzen Ketten von 3—4 Coccen, meistens aber zu Paaren angeordnet war. Die Enden der beiden Coccen erschienen etwas abgeflacht, so dass sie mehr breit als lang aussahen. Eine Kapsel wurde nicht bemerkt. Sie färbten sich gut mit Methylenblau, Gentianaviolett und nach Gram. Auf Agarplatten wuchsen die Diplococcen rasch bei 37° C. Deutliche Colonien erschienen oft nach 24 Stunden; sie waren zuerst kreisrund, milchweiss, in der Mitte etwas erhaben. Wurden sie bei 37° C. gehalten und vor dem Austrocknen geschützt, so wuchsen sie eine Woche lang, ohne ihre Kreisform zu ändern; nach dieser Zeit bildeten sich Auswüchse am Rande, so dass eine 10—14 Tage alte Colonie rosettenförmig aussah, wie dies auch Demme von dem von ihm beobachteten Diplococcus beschrieben hat. Mit dem zunehmenden Alter wurden die Colonien mehr gelblich. — Der Dipplococcus wuchs bei 37° C. sehr schnell sowohl in einer Agar-Ausstrich- wie Stichcultur, im letzteren Falle in der bekannten Nagelform. Bei 22° C. begann das Wachsthum auf Agar, war aber sehr langsam. Auf Gelatine war bei 22° C. das Wachsthum äusserst langsam und schwach, viel langsammer als auf Agar bei der

gleichen Temperatur. Wurde aber die Gelatine verflüssigt und bei 37° C. gehalten, so wuchsen die Diplococcen leidlich gut und wurden dann die Reagensgläser, nachdem sie 24 Stunden einer Temperatur von 37° C. ausgesetzt gewesen waren, abgekühlt, so dass die Gelatine erstarrte, und dann bei 22° C. gehalten, so wurde die Gelatine nach mehreren Tagen verflüssigt. Gelatine ist einer der schlechtesten Nährboden für diese Organismen; sie wuchsen auf jedem anderen Nährmaterial bei der gleichen Temperatur besser. Auf Blutserum wuchsen sie wie auf Agar. In Bouillon wuchsen sie bei 37° C. sehr rapid, verursachten zuerst eine Trübung, dann einen weissen Niederschlag; in einigen Fällen bildete sich ein Häutchen, das bald auf den Boden herabsank. Der Coccus wuchs in Bouillon auch bei 22° C., aber viel weniger rasch. Auf Kartoffel bildete er ein weissliches, halb durchscheinendes Häutchen. Milch wurde bei 37° C. langsam zur Gerinnung gebracht. Anaërobische Culturen wurden auf Agar, Bouillon und Kartoffel versucht und in allen Fällen erfolgte bei 37° C. Wachsthum, aber nicht so schnell als unter aërobischen Bedingungen, und die Colonien waren kleiner und weniger dicht. Mäuse und Meerschweinchen wurden mit kleinen Mengen junger Bouillonculturen subcutan inoculirt, theilweise auch mit jungen Agarculturen geimpft. Alle diese inoculirten oder geimpften Thiere starben nach 8—10 Tagen und der Dipplococcus fand sich in jedem Falle als Reincultur im Herzblute. Bei der Section der Thiere fand sich Schwellung der Nebennierenkapsel und sehr feine Haemorrhagien in den Lungen, wie sie sich auch in der Lunge des gestorbenen Kindes gefunden hatten. In diesen Haemorrhagien wurden genau wie bei dem Kinde — einige wenige Diplococcen gefunden. Blasen konnten nicht erzeugt werden. Da letzteres nicht gelang, so ist die Beweiskette nicht ganz geschlossen. Da aber der Diplococcus von 4 von einander unabhängigen Beobachtern gefunden wurde (Demme, Claessen, Bulloch und Wells, der diese Untersuchungen für Whipham aus führte), so scheint es doch, als ob er den acuten Pemphigus verursachte.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Petrini di Galatz. Zur Pemphigusfrage. Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXII.

Petrini wiederholt, bezüglich seiner Stellung zur Pemphigusfrage, das bereits auf dem 5. Congress der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Graz 1895 von ihm in der Discussion Gesagte.

Ludwig Waelsch (Prag).

Bennati: Pemfigo isterico e pemfigo clorotico. Accademia delle scienze mediche e naturali. Seduta del 3 maggio 1896. Ref. in Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. Nr. 68. 1896.

Bennati berichtet über 2 Fälle von erythematösen vesiculo-bullösen polymorphen Dermatosen bei Frauen, von denen die eine, eine Hysterica, die obengenannten Efflorescenzen mehrere Monate hintereinander jedesmal während der Menstruation bekam; die Affection war im Gesicht localisirt und schwand nach 8—10 Tagen ohne eine Spur zu hinterlassen. Die zweite Patientin war ein chlorotisches, anämisches Mädchen und zeigte dieselben



Eruptionen an den Gelenken. Das Exanthem bestand einen Monat lang und verschwand dann spurlos, ohne wiederzukehren. Bennati bezeichnet diese Affectionen mit den Namen: Pemphigus hystericus bzw. Pemphigus chloroticus und spricht sein Bedauern darüber aus, dass in der Nomenclatur der Hauterkrankungen für diese Gruppe bisher kein entsprechender systematisirter Abschnitt existirt. Ferdinand Epstein (Breslau).

Philippson L. e **Fileti** F. Sopra un caso di Pemfigo vegetante di Neumann. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXI, 1896 — fasc. III. — pag. 354.

Philippson und Fileti bringen die ausführliche Krankengeschichte, den patholog.-anatom. Befund und die Resultate der histolog. Untersuchung verschiedener Erkrankungsherde an der Haut eines ausgezeichneten und typischen Falles von Pemphigus vegetans, welcher sich vom 8. März 1895 bis 2. April 1896 an der Klinik Professor Tommasoli's befand. Die eingehende Schilderung des Verlaufes der Krankheit, die vorgenommenen bakteriologischen und histologischen Untersuchungen sowie die Resultate der Autopsie bilden eine vorzügliche Bereicherung der Casuistik dieser Erkrankung, ohne wesentliche neue Daten zu liefern. Erwähnen wollen wir daraus, dass auf einen äusseren Reiz, nämlich eine Benetzung mit 20% Argent. nitric. Lösung, welche zur Aetzung der wuchernden Partien verwendet wurde, an einer bisher gesunden Hautstelle Efflorescenzen auftraten, die vollständig den Charakter der übrigen zeigten. Die bakteriologische Untersuchung ergab bezüglich des Blutes und des klaren Blaseninhaltes ein negatives Resultat, im Pustelinhalte jedoch wurden gonococcenähnliche Diplococcen gefunden, welche sich jedoch durch die Gram'sche Färbung von diesen unterschieden. Spietschka (Prag).

Boeri. Peptonuria da pemfigo. Rivista clinica e terapeutica. Giugno 1896.

Boeri berichtet über einen Fall von Pemphigus vulgaris, bei welchem sich im Urin aussergewöhnlich grosse Mengen von Pepton fanden; und zwar gingen die Mengen des Peptons parallel mit der Intensität des Hautprocesses, so dass Boeri die Annahme, dass der Urinbefund ein zufälliges Accidens dargestellt habe, von der Hand weisen zu können glaubt. Der Verfasser hebt hervor dass anderweitige Publicationen über Peptonbefund im Urin Pemphiguskranker zur Zeit noch nicht vorliegen. Gleichzeitig gibt er eine reichaltige Uebersicht über alle die Krankheiten, bei denen bisher Pepton im Urin gefunden wurde. Boeri glaubt, dass bei der Erzeugung der Peptonurie die Eiterpusteln des Pemphigus dieselbe Rolle spielen, wie die internen Eiterheerde, bei deren Anwesenheit so häufig Pepton im Harn constatirt wird.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Gaucher. L'orticaria. Lezione al S. Louis di Parigi. Ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 115. 1896.

Gaucher bespricht in dem ersten Theil seiner Abhandlung das Krankheitsbild der Urticaria der Haut und hebt hervor dass auch auf



allen vom äusseren Keimblatte abstammenden und die Structur der Haut zeigenden Schleimhäuten (z. B. der Buccalschleimhaut, der Zunge, dem Pharynx, der Respirationsschleimhaut) analoge Efflorescenzen sich entwickeln können, während er das Auftreten von Urticariaeruptionen auf der Intestinalschleimhaut bestreitet, indem er die Gastrointestinalerscheinungen, die zuweilen bei der Nesselsucht beobachtet werden, abhängen lässt von der Intoxication, durch welche die Urticaria hervorgerufen wird. Die sogenannte „intermittirende Urticaria" — wohl zu trennen von der chronischen, recidivirenden — ist eine Theilerscheinung der Malaria. Im 2ten Theile geht Gaucher näher auf die Differentialdiagnose mit Erythema exsudativum multiforme ein und betont bei der Pathogenese: den Arthritismus, speciell den Neuroarthritismus. — Eine Urticaria kann auch die erste Manifestation einer Prurigo chronica oder einer Dermatitis Duhring sein. Der 3. Theil handelt von der Therapie. G. empfiehlt bei der Urticaria auf arthritischer Basis: Alkalinische Wässer, Natr. salicyl. in kleinen Dosen etc.; bei der toxischen Urticaria: Laxantien und Darmdesinficientien. Chinin wirkt nur bei der Intermittens-Urticaria. Laue Bäder können zuweilen helfen. Nützlich sind oft: Waschungen mit Chloral-, Carbol-, Sublimat- oder Alkohol-Lösungen. Auch Einpuderungen können mit Vortheil verwendet werden. Menthol- und Carbol-Salben sind zu empfehlen, während Cocainsalbe ohne Erfolg ist. Einige Körnchen Kochsalz, in der Hohlhand mit Speichel (!) benetzt, auf die Quaddeln gerieben, sollen den Juckreiz lindern. Hierzu bemerkt G., dass auch Salz allein den Pruritus mildert.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Geyl und **van Praag**. Kann die Primula obconica eine Urticaria oder sonstige anverwandte Krankheit hervorrufen? Monatshefte für prakt. Dermatologie, Bd. XXII.

Geyl und van Praag beobachteten bei einer Frau, die an Hypermenorrhoe litt, eine in periodischen Anfällen auftretende Urticaria, die direct vor oder während der Menstruation aufzutreten pflegte, und einige Tage dauerte. Die Haut der Kranken erwies sich als ungemein reizbar. Die gynäkologische Untersuchung ergab eine Erosion der ganzen Vaginalportion, Einrisse und Verdickungen im Collum, Vergrösserung des Cavum uteri, einen Dammriss bis zum Sphincter, Schmerzhaftigkeit der Adnexa bei Betasten. Nach keilförmiger Excision beider Labien, Kolpoperineoraphie und Excochleatio uteri mit nachfolgender resorbirender Behandlung war die profuse Menstruation geschwunden, das Allgemeinbefinden sehr gut, und auch der Ausschlag stellte sich nicht ein. Letzteren Umstand führte aber die Patientin selbst darauf zurück, dass sie in der letzten Zeit eine Zimmerpflanze nicht mehr pflegte (die Primula obconica), durch deren Wirkung Dermatitiden entstehen sollen. Versuche, welche die Verfasser in der Weise anstellten, dass sie die drüsenführenden und vielleicht ein Gift enthaltenden Härchen der Stengel und Blätternerven sich selbst in die Haut einrieben, ergaben aber ein negatives Resultat. Sie schliessen daraus, dass das Genitalleiden der Patientin deren Haut in einen Zustand brachte, welcher dem Gift der Primula obconica oder



einem beliebigen anderen Reiz Gelegenheit bot, seine Wirkung zu entfalten. Ludwig Waelsch (Prag).

Brocq, L. Urticaire, prurigo simplex et prurigo de Hebra. Revue générale de Clinique et de Thérapeutique 1896.

In einer klinischen Vorlesung bespricht Brocq die Diagnose in drei Krankheitsfällen, welche er als Urticaria, als Prurigo simplex und als Prurigo Hebra auffasst, und setzt an diesen drei Fällen auseinander, dass Verlauf und klinischer Befund die Differenzirung dieser drei Krankheiten, die er bekanntlich als Dermatoneurosen auffasst, gestatten, dass es aber zahlreiche „faits de passage" zwischen ihnen gibt; dass die Verschiedenheit der Hautveränderungen bei diesen verschiedenen Krankheiten wesentlich auf dem „Terrain", auf der individuellen Disposition des Erkrankten beruhen, und endlich, dass „pour la précision du langage" der Name Prurigo für diejenigen Dermatosen reservirt bleiben sollte, in welchen die von Brocq für charakteristisch gehaltene „Papulo — vésicule" wenigstens zeitweise zu constatiren ist, was auch bei der chronischen Urticaria des Kindes nicht der Fall sei. Jadassohn (Bern.)

Winternitz, Rudolf. Urticaria pigmentosa. Demonstration im Verein deutscher Aerzte. Prager medicin. Wochenschrift 1896. Nr. 1.

Winternitz zeigt ein 4 Monate altes Kind, welches nach der Angabe der Eltern zuerst in der 5. Lebenswoche an einem kleinknotigen oder fleckigen Exanthem erkrankte, dessen Efflorescenzen sicher nicht quaddelförmig gewesen sein sollen. Dieses Exanthem bestand etwa eine Woche, und 3 Tage später entwickelte sich die gegenwärtige Affection, welche sämmtliche Charaktere der Urticaria pigmentosa, grosse, theils blasse, theils rothbraun pigmentirte Quaddeln, ferner reichlich Blasenbildung und durch Platzen der Blasendecken entstandene oberflächliche Substanzverluste zeigt. Auch hat das Kind eine deutlich ausgesprochene Urticaria factitia. W. hält es für wahrscheinlich, dass die beständig in der Haut vorhandene Lymphsteigerung der pigmentbildenden Thätigkeit der Retezellen und wohl auch der Bindegewebzellen im Corion reichliches Nährmaterial zuführt. Victor Saar (Pilsen).

Gillet, H. Herpès facial rècidivant annuel chez l'enfant. La médecine moderne Nr. 54. 7 Juillet 1896.

Unter diesem Namen (herpès facial rècidivant annuel chez l'enfant), dem er noch den Zusatz trophonèurotique geben möchte, will Gillet einen jährlich recidivirenden Herpès facialis verstanden haben, der sich vom Herpes zoster durch seine Doppelseitigkeit, vom Herpes febrilis durch das Fehlen des Fiebers und andersartige Localisation (Herpes febrilis besonders an Mund, Nase und Kinn, dieser über den Backenknochen, zu beiden Seiten des Kinnes, Ohrläppchen) unterscheidet und daher dem Ausbreitungsgebiet des Nerv. trigeminus entspricht. Diese Anschauung schöpft Gillet aus einem — nicht ganz einwandfreiem — beobachteten Fall, dem er noch zwei Fälle aus der Literatur hinzufügt.

Spiegelhauer (Breslau).

Dubreuilh. Récidive de Zona. Traveaux de la Clinique de Dermatologie de Bordeaux 1895.

Dubreuilh's Patientin, eine 55 Jahre alte Frau, litt an einem typischen linksseitigen Herpes zoster, der im 6. und 7. Intercostalraume localisirt war. Das Merkwürdige an dem Falle ist, dass sich oberhalb dieses frischen Zoster im Bereiche des 3. und 4. Intercostalraumes derselben Seite zwei Gruppen von rundlichen, glänzenden, weissen Narben fanden, welche nicht nur mit Sicherheit ihrem Aussehen nach als Ueberreste eines früheren Herpes zoster gangraenosus gedeutet werden mussten, sondern auch, wie die Untersuchung ergab, vollkommen anästhetisch waren, bei sonst ganz intacter Sensibilität. Die Anamnese ergab eine im Alter von 9 Jahren durchgemachte sehr schmerzhafte Eruption kleiner Knötchen. Recidive eines Zoster an derselben Stelle sind häufiger, Recidive an anderen Stellen selten beobachtet. Paul Oppler (Breslau).

Achard. Sur la topographie du Zona. Gazette hebdomaire de Médecine et de Chirurgie. 5. März 1896.

Achard knüpft an die neueren Publicationen über den Ursprung und die Localisation des Herpes zoster durch Brissaud an, welcher die Ansicht vertritt, dass weit häufiger Läsionen der spinalen sensiblen Nervenfasern zum Zoster führen, als die von peripheren Hautnervenästen. Er stützt sich dabei auf eigenthümliche Localisationsformen des Herpes zoster.

Auch Achard sah vier Fälle mit einer Anordnung der Efflorescenzen, welche sich in das Schema der Verlaufsrichtung der cutanen Nerven nicht einzeichnen liessen, wohl aber eine genügende Erklärung fanden, wenn man Brissaud's Schema zu Hilfe nahm. Brissaud hat sein Localisationsschema auf Grund der embryonalen Segmentirung des Rückenmarks aufgestellt.

Schematische Zeichnungen und neuere Literaturdaten sind beigegeben. Pinner (Breslau).

Pick, F. J. Zoster gangraenosus recidivus. Demonstration im Verein deutscher Aerzte in Prag. Prager med. Wochenschrift 1896, Nr. 9.

Der Fall von Pick betrifft einen 64 Jahre alten Droschkenkutscher. Dem ersten Auftreten der Krankheit vor 3 Jahren gingen sehr heftige neuralgische Schmerzen im Bereiche des rechtsseitigen ersten Trigeminusastes voraus, an welche sich die Entwicklung des typischen Exanthems im ganzen cutanen Verbreitungsgebiete dieses Astes anschloss. Seitdem wiederholten sich die Anfälle unter starken neuralgischen Schmerzen mehrmals, wobei jedoch statt des einfachen Bläschenausschlags umschriebene Nekrose der Haut auftrat. In letzter Zeit breitet sich der Process auch auf andere Nerven und Nervengebiete aus, so auf das Gebiet des rechten zweiten Trigeminusastes und in allerletzter Zeit auf den rechten Arm, eine Erscheinung, die P. gerade beim Zoster recidivus beobachtet hat, und die er deshalb als besonders bemerkenswerth hervorhebt. Victor Saar (Pilsen).



Buchanzeigen und Besprechungen.

Menge und Krönig, Bakteriologie des weiblichen Genitalcanales. Leipzig, Arthur Georgi, 1897.

Besprochen von Dr. Steinschneider in Franzensbad.

Die Autoren haben sich der eben so schwierigen als verdienstvollen Aufgabe unterzogen, die Mikroflora des weiblichen Genitalcanales im schwangeren, wie im nichtschwangeren Zustande zu studiren. Trotzdem während der letzten Jahre mehr oder weniger wichtige und mehr oder weniger bestrittene Aufklärungen in Bezug auf diesen Gegenstand veröffentlicht worden sind, blieb die von den Autoren übernommene Aufgabe so umfassend, dass die Kraft und Zeit eines Einzelnen zur Lösung derselben nicht ausreichend war. So übernahm Menge das Studium der Bakterien beim gesunden und kranken, nichtschwangeren, Krönig beim gesunden und kranken, schwangeren Weibe. Auf einer Fülle von klinischen Beobachtungen, mikroskopischen Untersuchungen und Culturversuchen, deren Aufzählung und Schilderung den Rahmen einer Besprechung weit überschreiten würde, bauten sie ein grundlegendes Werk auf, welches Allen Jenen, die sich für den Gegenstand interessiren, angelegentlichst empfohlen werden muss. Möge es hier nur gestattet sein, einige Schlussfolgerungen zu citiren, zu welchen die Autoren gelangt sind:

An der normalen Vulva kommen der Scheide entstammende, obligat anaërobe Saprophyten, aber auch infectiöse Bakterien, Staphylococcus pyog. aur., Streptococcus pyog., Bact. coli, Gonococcus Neisser und Bac. tubercul. vor. Eine specifisch gonorrhoische Vulvitis existirt wahrscheinlich weder bei Erwachsenen noch bei Kindern. Ob die normale Urethra Keime enthält,



ist unwahrscheinlich. Die eitrige Entzündung derselben ist fast ausschliesslich durch den Gonococcus, in seltenen Fällen durch andere Keime bedingt. Die gesunde Bartholinische Drüse enthält vermuthlich keine Bakterien. Die Bartholinitis ist in den meisten Fällen eine gonorrhoische Erkrankung. Das Gebiet der Vulva ist nicht immer aseptisch. Das *Scheidensecret* neugeborener Mädchen ist zunächst steril und reagirt schwach sauer. Bald nach der Geburt wandern Bakterien, darunter der Bacillus vaginalis Döderlein, ein, das Secret wird stärker sauer. Erst bei der geschlechtsreifen Frau pflegt mit dem Beginn des sexuellen Verkehres die Mikroflora mannigfaltiger, das Secret ungleichmässiger, stark und schwach sauer, amphoter und alkalisch zu werden. Es kommen im Scheidensecrete gesunder Frauen Bakterien vor, welche auf alkalisch reagirendem Agar wachsen können, in seltenen Fällen sogar pyogene Infectionserreger. Während der Schwangerschaft gleicht das Scheidensecret mehr demjenigen der Kinder, ist stets sauer. *Das Scheidensecret übt zu jeder Zeit des Lebens eine experimentell nachweisbare, sich nur in einer bestimmten Richtung bewegende bakterienfeindliche Kraft aus und zwar allen Keimen gegenüber, welche auf alkalisch reagirendem Agar in Plattenform gedeihen, also auch allen facultativ aëroben Infectionskeimen gegenüber.* Diese Wirkung ist am kräftigsten in der Schwangerschaft, beim Kinde und bei der virgo intacta und bedingt die sogenannte *Selbstreinigung* oder den *Selbstschutz* der Scheide. Sie kann unter natürlichen Bedingungen geringer werden und verloren gehen, sie kann in dem in der Scheide befindlichen Secrete *künstlich geschwächt*, in dem aus der Scheide entnommenen Secrete *künstlich vernichtet* werden. Die Möglichkeit einer *Spontaninfection* und einer bakteriellen Spontanintoxication des Organismus intra partum ist *sehr unwahrscheinlich.* Bei nichtschwangeren, geschlechtsreifen Frauen ist unter selten zutreffenden Bedingungen eine Spontaninfection und eine Spontanintoxication des Organismus von den inneren Genitalien aus denkbar. Im normalen Vaginalsecret kann man infectiöse Bakterien finden, welche per vaginam aus den kranken inneren Genitalien eliminirt werden.

Eine Colpitis gonorrhoica existirt wahrscheinlich nur bei Kindern. Der Bereich der Vagina ist gewöhnlich aseptisch, sie wie die Vulva sind auch unter normalen Verhältnissen reich an saprophytischen Bakterien, von der gewöhnlich keimfreien Pars gestationis durch den äusseren Muttermund scharf abgegrenzt. Da das Gebiet der Scheide der einige Zeit intravaginal unberührt gewesenen Schwangeren immer als aseptisch anzusehen ist, ist in der Geburtshilfe die Handhabung einer strengen Asepsis geboten. Vor Operationen, welche das Gebiet der Scheide von nichtschwangeren Frauen irgendwie tangiren, soll die Scheide durch Handhabung antiseptischer Massregeln möglichst keimarm gemacht werden. Der gesunde Cervialcanal ist keimfrei. In die Cervialhöhle gesunder Frauen ohne Verletzung der Mucosa eingetragene Bakterien, wie Bacillus pyocyaneus, Staphylococcus pyogenes aureus, Streptococcus pyogenes sind nach 12 Stunden nicht mehr nachweisbar, der Cervixschleim ist wieder keimfrei. Das spontane Vordringen des Gonococcus in den nicht dilatirten unverwundeten Cervicalcanal, der die Angriffe aller anderen infectiösen und saprophytischen Keime erfolgreich abzuschlagen versteht, lässt sich nur dadurch erklären, dass dieser Spaltpilz in kürzester Zeit, bevor er den bakterienfeindlichen Einflüssen des Cervicalschleimes unterliegt, vom äusseren Muttermunde aus in das intacte Gewebe der Cervixschleimhaut einzudringen vermag. Eine Desinfection des gesunden Cervicalcanales einer Schwangeren oder Kreissenden ist überflüssig, ja sogar schädlich. Eine Desinfection des gonorrhoisch inficirten Cervicalcanales einer Kreissenden ist unmöglich. Für die Möglichkeit einer spontanen Bakterieninvasion in die Uteruskörperhöhle sind zwei Momente unbedingt nöthig: Vernichtung der Function des cervicalen Canales einerseits und todter Nährboden für die Saprophyten, Eingangspforten in das Gewebe für die Parasiten andererseits.

Der äussere Muttermund bildet bei dem schwangeren und bei dem nichtschwangeren Weibe unter gewöhnlichen Verhältnissen die Grenze zwischen bacterienhaltigem und bakterienfreiem Abschnitt des Genitalcanales. Weder im Secrete noch im Schleimhautgewebe der normalen Uterushöhle (Corpus und Cervix) leben Bakterien, welche auf unseren ge-



bräuchlichen Nährböden gedeihen. Weder im Secrete noch im Schleimhautgewebe solcher Uteri, welche im Corpus oder in der Cervix oder in beiden die anatomischen Merkmale der chronischen Endometritis zeigen, leben Bakterien, welche auf unseren gebräuchlichen Nährböden gedeihen, ausgenommen der Gonococcus und der Tuberkelbacillus. Die normale Tube ist immer keimfrei, vorausgesetzt, dass das Peritoneum nicht tuberculös erkrankt ist.

Bakteriologische Untersuchungen der Hydrosalpinx ergaben durchaus negative Resultate. An der Salpingitis purulenta mit oder ohne Pyosalginxbildung trägt der Gonococcus bei Weitem am häufigsten die Schuld. Der Gonococcus neigt im Allgemeinen nicht zu einer Symbiose mit anderen Keimen. Normale Ovarien sind als keimfrei anzusehen. Es ist nicht möglich, mit unseren gebräuchlichen Desinficientien absichtlich oder zufällig in den Scheidencanal eingeführte Mikroorganismen zu vernichten. Scheidenspülungen entfernen mechanisch und zerstören chemisch das Scheidensecret, wodurch die baktericide Kraft der Scheide für eine gewisse Zeit aufgehoben wird. Die Fruchthöhle ist unter normalen Verhältnissen keimfrei. Eine Vermehrung von Organismen im Fruchtsack hat pathologische Bedeutung. Bei den puerperalen Infectionskrankheiten ist die Infection mit dem Streptococcus pyogenes, dem Staphylococcus pyogenes aureus, dem Bakterium coli commune niemals die Folge einer autogenen Infection mit endogenen Bakterien der Scheide. Dagegen ist eine autogene Infection mit den endogenen Bakterien der intacten Haut für alle puerperalen Processe möglich. Die Infection mit dem Gonococcus nimmt als Wochenbettserkrankung eine gesonderte Stellung ein, weil der Gonococcus in die Scheide zur Zeit der Schwangerschaft nicht durch Spontanimmigration gelangt ist.

Die vorstehende Blüthenlese von Citaten, welche viel umfangreicher zu gestalten ein Leichtes gewesen wäre, soll nur den Beweis erbringen, welche Fundgrube reichen Wissens das Buch darstellt, mit welchem Menge und Krönig uns beschenkt haben.



Protokolle der Moskauer venerologischen und dermatologischen Gesellschaft. Jahrgang 1895—1896. Band V. Moskau 1897. 8°. 160 Seiten. Russisch.

Angezeigt von Dr. A. Scheuber, z. Z. in Prag.

Vorliegende Protokolle gewähren einen Einblick in die rege, vielseitige, wissenschaftliche Thätigkeit der Gesellschaft, über deren Leistungen auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten schon wiederholte Male in dieser Zeitschrift referirt worden ist.[1]) Während der Zeit vom 13. October 1895 bis zum 27. September 1896 wurden folgende Vorträge mit gleichzeitiger Krankendemonstration gehalten.[2]) N. W. Nikulin: Ein Fall von Atrophia cutis idiopatica progressiva et cutis laxa. A. J. Lanz: Darier-sche Krankheit. S. Th. Kracht: Ein Fall von Rhinosclerom. Prof. A. J. Pospelow: Ein Fall von tuberculosis verrucosa cutis. J. A. Orlow: Fibroma molluscum der Kopfhaut. G. A. Kjusel: Ueber die Regelung der Prostitution in Wien. Prof. A. J. Pospelow: Der Lassar-Reiniger'sche Motor und seine Verwendung bei der Behandlung einiger Hautkrankheiten. W. P. Krasnoglasow: Ein Fall von Psoriasis vulgaris universalis acuta. Prof. A. J. Pospelow: Zur Creosotbehandlung des Lupus vulgaris. S. Th. Kracht: Ein Fall von Scleroma adultorum. G. A. Kjusel: Ein Referat über die van Niessen'sche Monographie „Der Syphilisbacillus". A. N. Lichatschew: Ein Fall von Syringomyelie mit Hautveränderungen (maladie de Morvan). J. A. Orlow: Ein Fall von Lupus vulgaris. N. S. Speransky: Zur Frage von der extragenitalen Syphilisinfection. J. A. Sabolotsky: Ein Fall von Psoriasis vulgaris universalis acuta. S. Th. Kracht: Zwei Fälle von idiopatischer Nagelatrophie. A. N. Tschernogubow: Kurze statistische Daten über die extragenitale Syphilis von Frauen, die sich in den Jahren 1888 bis 1895 an der Adressenabtheilung des Mjasnitskischen Krankenhauses behandeln liessen. A. N. Tschernogubow: Demonstration eines mit subcutanen Injectionen von Blutserum behan-

---

[1]) Archiv für Derm. u. Syphil.: Band 25, Jahrgang 1893, pag. 750, Band 29, Jahrgang 1894, pag. 171.

[2]) Alle hier folgenden Vorträge, die allgemeines Interesse beanspruchen, wurden resp. werden in dem Archiv referirt.

delten Kranken. N. S. Speransky: Ein Fall von Lichen ruber acuminatus. S. M. Schatzky: Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris mit dem constanten Strome. A. P. Ustinow: Fibroma molluscum capitis. P. P. Michailow: Ein Fall von Impetigo herpetiformis. E. P. Wüschinskaja: Die Behandlung von Psoriasis vulgaris mit Thyreoidin. A. J. Lanz: Ulcus tuberculosum manus et lichen scrophulosorum. A. J. Lanz: Ein Fall von Sarcoma cutis multiplex idiopathicum (Kaposi). W. W. Gein: Ueber die Anlage von Reinculturen des Gonococcus Neisseri. W. P. Serenin: Ein Fall von Impetigo herpetiformis Hebrae. A. P. Jordan: Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris. A. P. Jordan: Ein Fall von Psoriasis universalis acuta. A. J. Lanz: Ein Fall von Rhinosclerom. J. M. Maltüschew: Ein Fall von Lepra tuberosa.

I.

Sach-Register.

(Die römischen Ziffern bezeichnen den Band, die arabischen die Seite.)

A.

B.

C.

D.

E.

L.

Q.

R.

S.

Syphilis.

I. Allgemeiner Theil, Verbreitung, Prophylaxe.

Syphilis.

II. Haut, Schleimhäute, Knochen, Gelenke und Muskeln.

Syphilis.

III. Nervensystem und Sinnesorgane.

V. Syphilis hereditaria.

Syphilis.

VI. Therapie.

T.

U.

V.

W.

X.

Z.

II.

Autoren-Register.

(Die römischen Ziffern bezeichnen den Band, die arabischen die Seite.)



Toepfer Xanthoma tuberos. diabeticum

Fig. 3.

a

b

Fig. 2.

c

a

b

Toepfer: Xanthoma tuberos. diabeticum

K.u.k. Hoflith. A. Haase Prag.



Fig. 1.

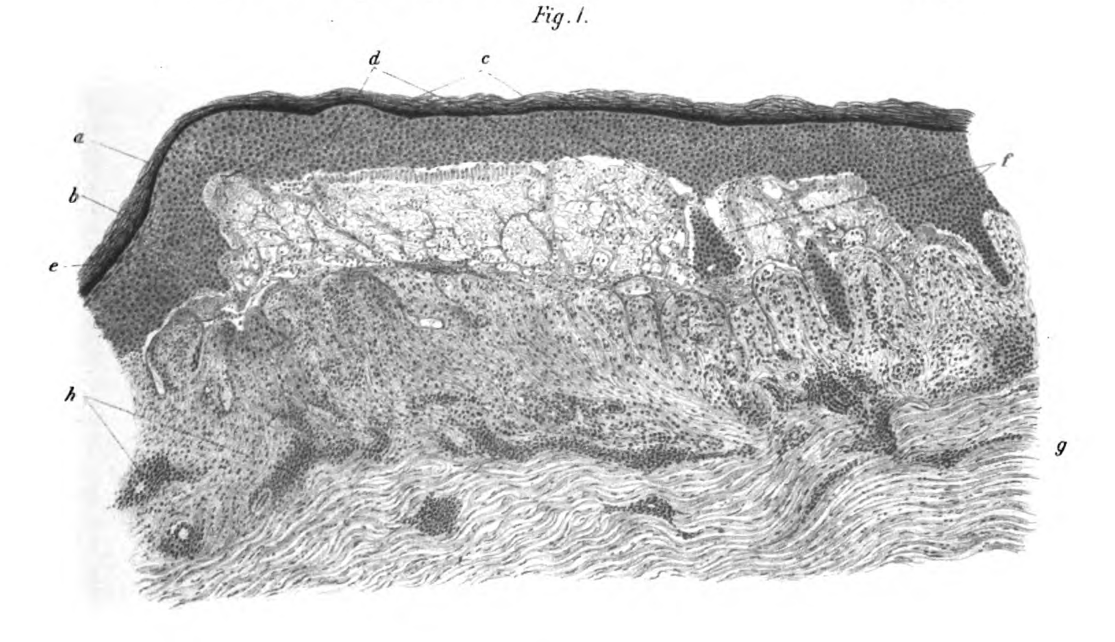
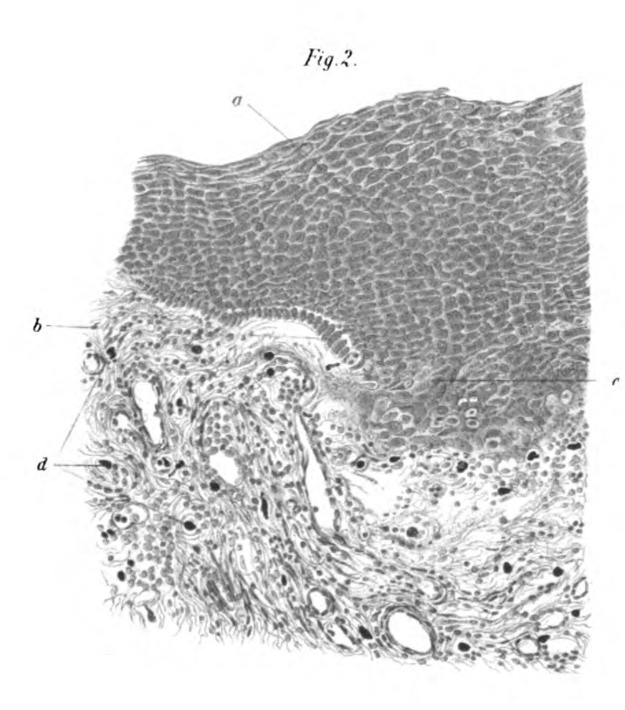


Fig. 2.



Luithlen: Pemphigus vulgaris u. vegetans.

K.u.k. Hoflith. A. Haase, Prag.

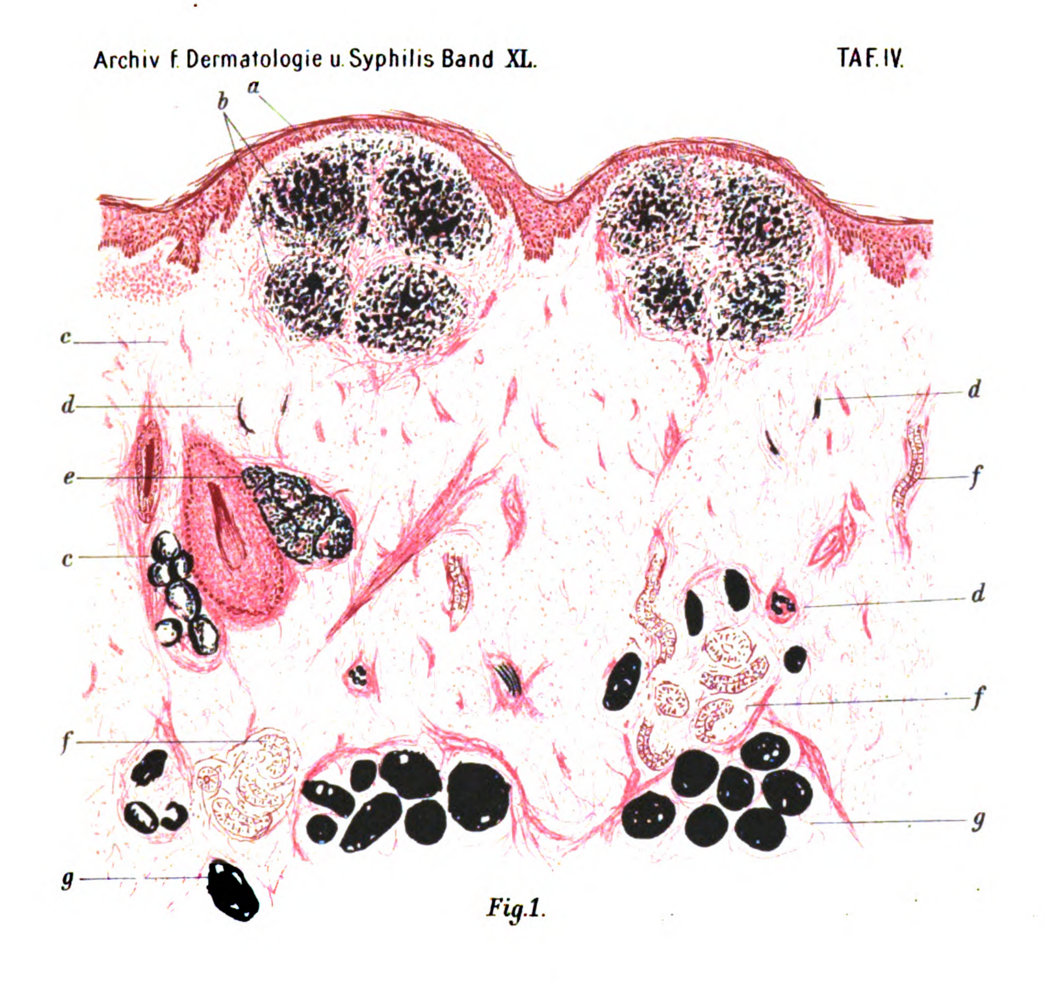


Fig. 1.

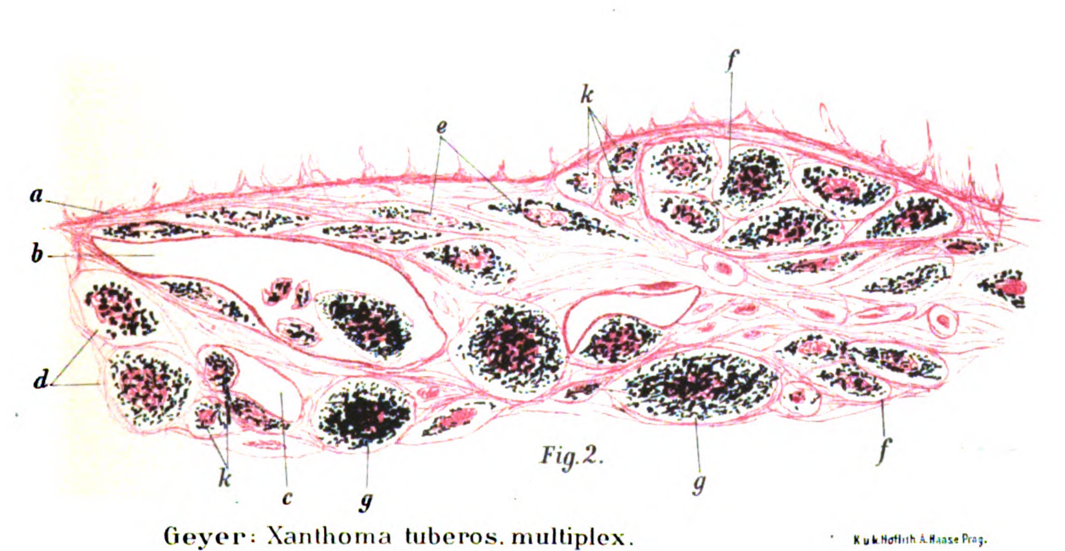
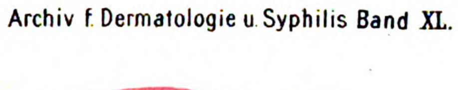


Fig. 2.

Geyer: Xanthoma tuberos. multiplex.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.



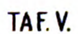


Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

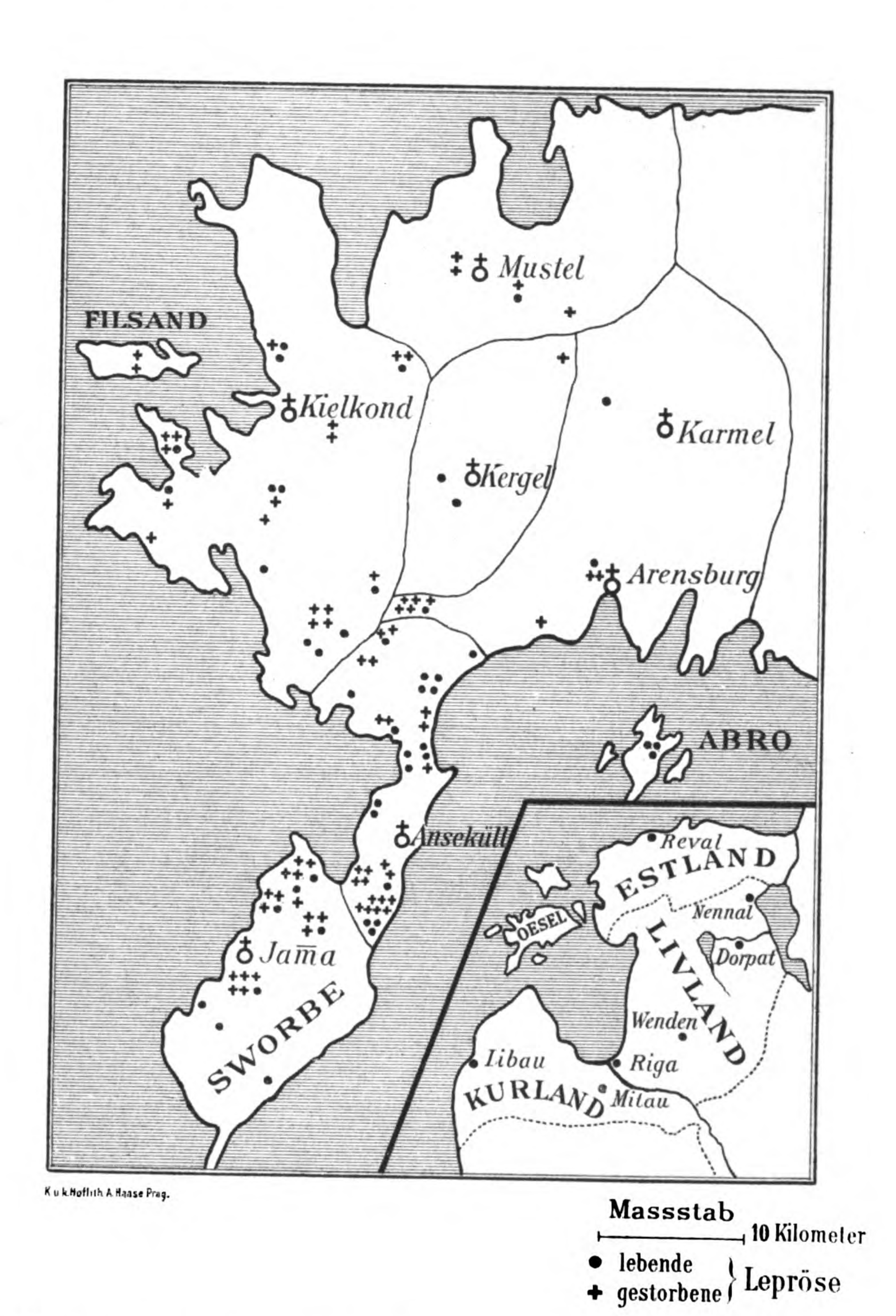
Fig. 6.

Fig. 7.

Geyer: Xanthoma tuberos. multiplex.

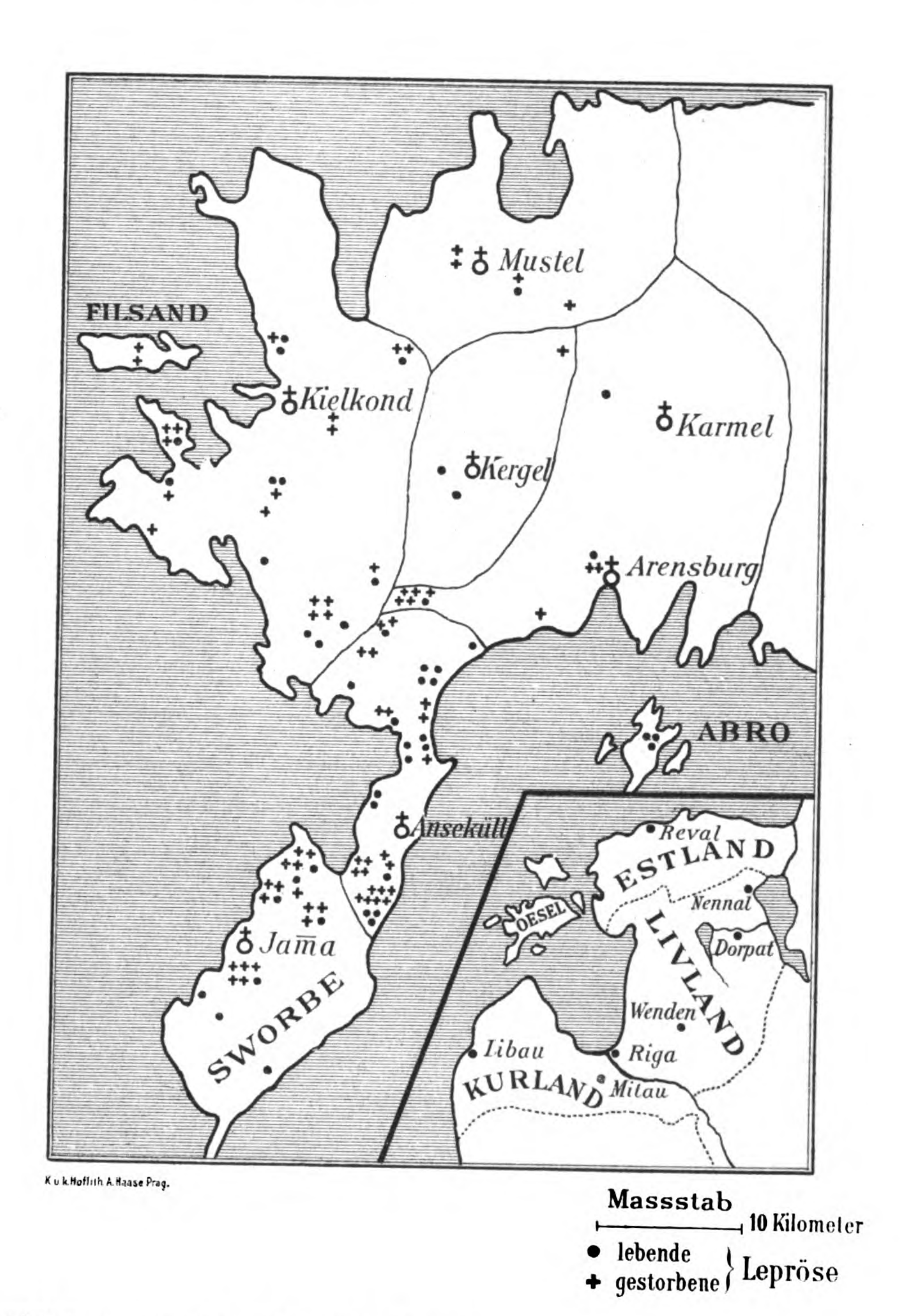
K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.





Massstab
10 Kilometer
● lebende } Lepröse
✚ gestorbene }

Lohk: Epidemiolog. Untersuchung. über die Lepra etc.



Lohk: Epidemiolog. Untersuchung über die Lepra etc.

Begründet von **H. Auspitz** und **F. J. Pick.**

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, Königsberg — **Prof. Doutrelepont**, Bonn — **Prof. Kaposi**, Wien — **Prof. Lesser**, Berlin — **Prof. Neisser**, Breslau — **Prof. Schwimmer**, Budapest

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

XL. Band, 2. u. 3. Heft.



Mit einer Tafel.

Wien und **Leipzig.**

Wilhelm Braumüller,

k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

1897.

Ausgegeben August 1897.

Inhalt.

Seite

Original-Abhandlungen.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Originalarbeiten werden von jedem der Herren Herausgeber entgegengenommen. In allen **Redactionsangelegenheiten** wolle man sich direct an Herrn **Prof. F. J. Pick** in **Prag**, Jungmannstrasse 41, wenden.

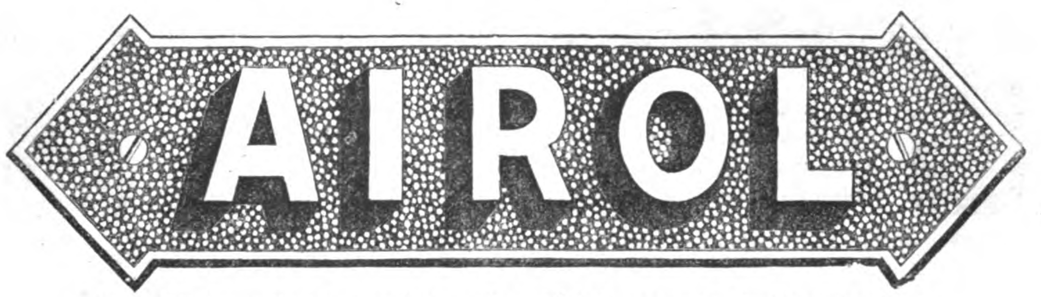
Vom **„Archiv für Dermatologie und Syphilis“** erscheinen jährlich 3—4 Bände (à 3 Hefte) mit schwarzen und farbigen Tafeln und Textabbildungen. Gr. 8°. Preis pro Band **9** fl. **60** kr. — **16** Mk.



Chemische Fabrik
Rhenania Aachen.
Nosophen
Ungiftiges, geruch- und reizloses Antisepticum, austrocknend, granulationsbildend.
3% Nosophengaze sterilisirbar ohne Zersetzung.
Antinosin
Wunderheilmittel bei phlegmonösen Processen, Ulcus molle etc.,
in Lösungen bei Gonorrhoe, Cystitis etc.
Substanzproben und Literatur gratis zur Verfügung der Herren Aerzte.



Besonders für diejenigen Herren Aerzte, die das Jodoform nicht vertragen können, muss es wichtig sein, in dem



ein Mittel zu finden, welches das Jodoform vollständig ersetzt.

So schreibt z. B. Herr Dr. C. Führer aus Wolhagen: Ich bestätige hierdurch gern, dass ich mit der Wirkung des mir gesandten Airol sehr zufrieden bin. Da meine Hand die Berührung durch Jodoform durchaus nicht verträgt, weil jedesmal nach einer solchen ein lästiges Ekzem entsteht, habe ich schon seit einiger Zeit den Gebrauch des Jodoforms einschränken müssen. Ich war deshalb sehr erfreut, in dem Airol ein geeignetes Ersatzmittel gefunden zu haben, das keine derartige unangenehme und lästige Nebenwirkung hat. Ich habe seit vorigem Sommer ausschliesslich Airol beim Verband frischer Wunden angewandt und gefunden, dass dasselbe in den meisten Fällen die Eiterung verhindert und ausgezeichnet austrocknend wirkt, auch versuchte ich dasselbe wiederholt mit Erfolg bei **oberflächlichen Geschwüren und Brandwunden.** Das Mittel zerstäubt sich sehr leicht und bedarf man deshalb bei Bedeckung der wunden Flächen nur sehr geringer Quantität.

Literatur sowie Gratismuster stellen wir den Herren Aerzten gern zur Verfügung.

F. Hoffmann - La Roche & Cie.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Produkte

Basel (Schweiz).

Sämmtliche Verbandstoff-Fabriken stellen **Airolgaze** her.





VASOGEN
Schutz-Marke

emulgirende, oxygenirte Kohlenwasserstoffe sind **Lösungsmittel** für verschiedene Medicamente wie **Jod**, **Jodoform** etc. Im Vasogen gelöst, sind diese für Haut und Schleimhäute **nicht reizend**, gelangen auch bei äusserlicher Anwendung zur **vollkommenen Resorption** (**durch Harn-Analysen erwiesen**) und zu erhöhter Wirksamkeit.

Folgende Vasogene werden ärztlich warm empfohlen:

Jod 6%. Vortheilhafter Ersatz der stark reizenden, färbenden Tinct. Jodi und der intern angewandten Jodsalze.

Jodoform 1½%. Als Lösung wirksamste Jodoform-Application.

Kreosot 20% wird, in Milch oder Wasser gelöst, dauernd ohne Verdauungsbeschwerden eingenommen.

Ichthyol 10%, ***Creolin 5 u. 15%,*** ***Menthol 2%*** etc.

Campher-Vasogenin (Camphor., Chloroform., Vasogen. part. aeq.)

Vasogen. pur. spiss. Salbengrundlage (u. a. 33⅓ u. 50% Hg-Salben in Caps. v. 3—5 Gr. erhältlich).

Da vielfach minderwerthige Präparate unter meiner gesetzlich geschützten Wortmarke „Vasogen“ verkauft werden, ist es empfehlenswerth, beim Receptiren der flüssigen Vasogene meine Original-Packungen vorzuschreiben. — (Original-Flacons à M. 1.— in den Apotheken erhältlich.)

Proben und Litteratur gratis und franco durch

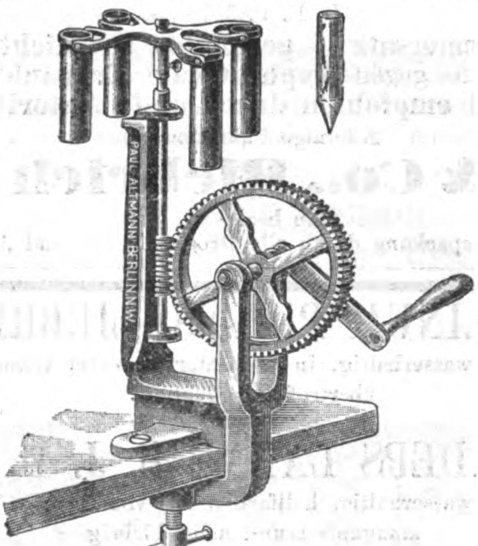
Vasogen-Fabrik E. T. Pearson, Hamburg.

PAUL ALTMANN,

Luisenstrasse 52 BERLIN 52 Luisenstrasse

Complete Einrichtungen von chemischen Laboratorien in medicinischen Kliniken und Krankenhäusern.

Apparate für Kjeldahl'sche Stickstoffbestimmung etc. etc.



Alle Apparate für bakteriologische und mikroskopische Laboratorien.

Apparate für klinische Mikroskopie nach Prof. Krönig etc. etc.

Zweckmässigste und billigste **Harn-Centrifuge.** Preis 45 Mk.

Ausführliche, illustrirte Preislisten

JODBAD LIPIK

in Slavonien.

Mit den ersten Preisen ausgezeichnet

in Budapest 1885 und 1896, London 1893, Rom 1894 und Wien 1894.

Südbahn-Station: *Pacratz-Lipik (33% Bahnermässigung).*

Ungar. Station: *Okučane (Zonen-Tarif).*

Einzige heisse jodhältige Quelle am Continent: constante Temperatur 64° C.
Durch Berge geschütztes Klima.

Die Lipiker Thermen sind wegen ihrer natürlichen überaus hohen Temperatur und ihres reichen Natrongehaltes (ungarisches Ems) sowie wegen ihrer Jodverbindungen zu Trink- und Badezwecken von vorzüglicher Wirksamkeit bei allen Katarrhen der Schleimhäute (Rachen, Magen und Darmcanal, Blase u. s. w.) und stehen in ihrer Wirkung bei **Gicht und Rheumatismus an erster Stelle unter den europäischen Bädern**; desgleichen bei allen Arten scrophulöser und Bluterkrankungen.

Das Jodbad Lipik enthält moderne Badeanstalten mit luxuriös ausgestatteten Baderäumen: Porzellan- und Marmorwannen u. s. w., Badebassins mit Schwitzkammern (Tepidarien). **Elegant eingerichtete Hotels** innerhalb des Kurrayons. Neuerbaute grosse Restaurations- und Kaffeehauslocalitäten. Glänzend ausgestatteter Kursaal mit Bühne. Stylvolle luftige Wandelhalle mit Bazarlocalitäten. **Elektrische Beleuchtung sämmtlicher Räumlichkeiten und Parkanlagen.** Vorzügliche Kurkapelle. Officieller Badearzt Dr. **Thomas von Marschalko.**

Jodwasser, Versandt durch die Badedirection und Wasserdepots:

Ungarn: ÉDESKUTY, Budapest.

Wien: UNGAR, I., Jasomirgottstrasse 4 / MATTONI, I., Tuchlauben

und in der österreichischen Monarchie in allen Droguerien.



Condensationsproduct aus Formaldehyd und Gallusgerbsäure, in Form von Streupulver, 10% Seife und 10%iger Salbe ein ausserordentlich wirksames Mittel gegen

Hyperidrosis, Bromidrosis, Balanitis, Decubitus, Hämorrhoiden, Hautkrankheiten, Ulcera cruris, Intertrigo etc.

Innerlich wirksam als **Adstringens** bei acuten und chronischen **Darmcatarrhen** in der Dosis von 1—2 Grm. täglich

liefert



Darmstadt.

Berichte über die Wirkung des Tannoforms stehen zu Diensten.

Soeben sind erschienen:

Ueber Unterleibsbrüche.

Ergebnisse der Untersuchung
von **10.000 beobachteten Fällen.**

Von

Prof. Dr. Paul Berger,

Mitglied der medicinischen Academie und Chirurg am Hospital Pitié in Paris.

gr. 8°. M. 6.—.

Aetiologische Studien über

Lepra.

Von

Dr. Edward Ehlers,

Privatdocent an der Universität in Kopenhagen.

Mit 27 Abbildungen.

gr. 8°. M. 1.80.

Die Lepra

im Kreise Memel.

Von

Dr. A. Blaschko.

Mit 8 Abbildungen im Text und 3 Tafeln.

gr. 8°. M. 2.50.

Cystitis und Urininfection.

Klinische, experimentelle und **bakteriologische Studien**

von

Dr. Max Melchior,

Privatdocent an der Universität Kopenhagen.

gr. 8°. M. 7.—.

Medicinischer Verlag von S. KARGER in Berlin NW. 6.



Verlag

von

WILHELM BRAUMÜLLER, k. u. k. Hof- und Univers.-Buchhändler,

Wien und Leipzig.

Oberländer, Dr. und **Prof. Dr. Neelsen** in Dresden. **Beiträge zur Pathologie und Therapie des chronischen Trippers.** Mit 7 chromolithographirten Tafeln. gr. 8. (X. 162 S., 3 Taf. 8., 4 Taf. 4.) 1888.
4 fl. 80 kr. — 8 M.

Schnitzler, Dr. Joh., weil., k. k. Regierungsrath, Professor an der k. k. Universität und Director der allgem. Poliklinik in Wien. **Klinischer Atlas der Laryngologie** nebst Anleitung zur Diagnose und Therapie der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Unter Mitwirkung von Dr. M. Hajek und Dr. A. Schnitzler, Assistenten an der allg. Poliklinik in Wien. Mit 186 Abbildungen auf 28 chromolith. Tafeln und 56 Holzschn. im Texte. Lex. 8. (252 S. 28 Taf. Lex. 8 und Deckbl.) 1895.
Preis cartonnirt 16 fl. 80 kr. — 28 M.

Vajda, Dr. L. von und **Dr. H. Paschkis. Ueber den Einfluss des Quecksilbers auf den Syphilisprocess** mit Berücksichtigung des sogenannten Mercurialismus. Klinische und chemische Untersuchungen, zusammengestellt von Dr. L. v. Vajda, emer. klin. Assistent, Docent an der Universität zu Wien. Mit einem einleitenden Vorworte von Hofrath Dr. C. K. Sigmund Ritter von Ilanor und Professor Dr. E. Ludwig. gr. 8. (XII. 311 S.) 1880. 3 fl. — 6 M.;
herabgesetzter Preis 1 fl. — 2 M.

Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. Erster Congress, gehalten zu Prag den 10.—12. Juni 1889. Im Auftrage der Gesellschaft herausgeg. von Prof. Dr. F. J. Pick und Prof. Dr. A. Neisser. Ergänzungsheft zum Archiv für Dermatologie und Syphilis. XXI. Jahrg. 1889. Mit 2 Taf. (XVI. 368 S., 2 Taf. 4.) 1889. 6 fl. — 10 M.

— — **Dritter Congress**, gehalten zu Leipzig den 17.—19. September 1891. Im Auftrage der Gesellschaft herausgegeben von Prof. Dr. A. Neisser. Mit 18 Taf. u. Doppeltaf. gr. 8. (XX. 419 S., 15 Taf. 8, 3 Taf. 4.) 1892.
9 fl. 60 kr. — 16 M.

— — **Vierter Congress.** (Breslau, 14.—16. Mai 1894.) Im Auftrage der Gesellschaft herausgegeben von Prof. Dr. A. Neisser. Mit 26 Tafeln, 12 Stereoskopbildern und 21 Abbildungen im Texte. gr. 8. (XI. 724 Seiten, 24 Taf. 8, 2 Taf. 4 u. 12 Stereoskopbild.) 1895. 14 fl. 40 kr. — 24 M.

Wertheim, Prof. Dr. Gust., k. k. Primararzt an der Rudolf-Stiftung in Wien. **Differential-Diagnose der verschiedenen syphilitischen Geschwüre.** gr. 8. (16 S.) 1887. 20 kr. — 40 Pf.

Zeissl, Dr. Max von, Docent an der Wiener Universität. **Der gegenwärtige Stand der Syphilis-Therapie.** (Klinische Zeit- und Streitfragen. I. Band, 5. Heft.) gr. 8. (32 S.) 1887. 50 kr. — 1 M.



Voranzeige.

In unterzeichnetem Verlage erscheint im Frühjahr 1898:

Handatlas

der

Hautkrankheiten

für

Studirende und Aerzte

von

Professor M. Kaposi.

Ca. 350 Tafeln Lex. 8⁰ in Chromolithographie künstlerisch ausgeführt.

I. Abtheilung in 115 Tafeln; II. und III. Abtheilung folgen in unmittelbarem Anschluss.

Subscriptionspreis des vollständigen Werkes

48 Mark (28 fl. 80 kr.)

Vormerkungen nehmen schon jetzt alle Buchhandlungen entgegen.

Wien u. Leipzig. **Wilh. Braumüller.**


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07293 6357



